



David Francisco **Efetividade dos cuidados
estratificados na lombalgia nos
cuidados de saúde primários:
Programa SPLIT**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projeto de Investigação

Professor Doutor Eduardo Cruz

Janeiro 2021

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

David Damásio Francisco

Setúbal, 26 de Janeiro de 2021

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

Setúbal, de Janeiro de 2021

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao Professor Doutor Eduardo Cruz, pela paciente e pedagógica orientação no projeto de investigação, e pela oportunidade de poder trabalhar e aprender consigo.

Agradeço igualmente ao Luís Gomes, pelo trabalho de recolha de dados, e à Sofia Paiva, pelo seu trabalho na disseminação e divulgação do projeto.

Agradeço ainda a todos os professores do mestrado pelos conhecimentos transmitidos e em especial ao Professor Marco Jardim, pela enriquecedora tutoria na Educação Clínica.

Gostaria de agradecer aos Fisioterapeutas Carlos, Vera, João e restantes colegas, pela ajuda, cooperação e apoio, e à Enfermeira Isabel e Sr. Sérgio, pela compreensão e facilitação, que me permitiram estudar e trabalhar sem entraves

Devo um agradecimento importante aos meus pais e irmã, pelo suporte e motivação, e a todos os meus amigos e familiares, que respeitaram a minha ausência e distância.

Resta-me transmitir um agradecimento muito especial aos Fisioterapeutas e amigos Susana Sá, Ruben Santos e Tiago Balluchi, pela entreatajuda e partilha ao longo desta aventura.

A minha última palavra de agradecimento vai para a Daniela, que embarcou comigo nesta saga e foi simultaneamente porto de abrigo e farol, fonte de confiança e perseverança, e nunca me deixou ficar mal, *no matter what*.

A todos, o meu sincero “muito obrigado”!

RESUMO

EFETIVIDADE DOS CUIDADOS ESTRATIFICADOS NA LOMBALGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PROGRAMA SPLIT

DAVID FRANCISCO

PALAVRAS-CHAVE: lombalgia não específica, tratamento estratificado, fisioterapia, cuidados de saúde primários, Portugal

Introdução: A lombalgia é um problema major mundialmente e representa a maior causa de anos de vida perdidos ajustados à incapacidade em Portugal. A prática atual utiliza excessivamente cuidados de baixo valor e insuficientemente cuidados de elevado valor. Já foi demonstrada a efetividade duma intervenção estratificada pelo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, comparando com a prática atual nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) britânicos. Contudo, desconhece-se se isso também se verifica nos CSP em Portugal. **Objetivo:** Comparar o Programa SPLIT (modelo de tratamento estratificado de fisioterapia) e a prática atual ao nível da efetividade na dor, incapacidade e perceção de melhoria em indivíduos com lombalgia no contexto dos CSP portugueses. **Metodologia:** Foram realizados dois estudos de coorte prospetivo, sequenciais e independentes com 238 indivíduos com lombalgia não específica nos CSP portugueses, sendo reavaliados aos 2 e 6 meses pela Escala Numérica da Dor e versões portuguesas da *Roland Morris Disability Questionnaire* e *Global Perceived Effect Scale*. **Resultados:** Aos 2 meses, 77% dos utentes do Programa SPLIT alcança uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade funcional, sendo 73% que a alcança aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, são 49% e 51% os que o fazem em iguais períodos. O Programa SPLIT está associado a uma probabilidade de melhoria clinicamente importante 3.9 vezes superior na incapacidade funcional (IC 95%: 2.2 – 7.1, $p < 0.001$) aos 2 meses e 3.0 (IC 95%: 1.6 – 5.5, $p = 0.001$) aos 6 meses. A intervenção estratificada também está associada a melhores *outcomes* na intensidade da dor e perceção de melhoria. **Conclusões:** Os resultados sugerem que o Programa SPLIT obtém melhores resultados clínicos que a prática atual ao nível da incapacidade funcional, dor e perceção de melhoria aos 2 e 6 meses, estando em linha com os resultados dos estudos internacionais sobre intervenção estratificada.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF STRATIFIED CARE FOR LOW BACK PAIN IN PRIMARY HEALTHCARE: SPLIT PROGRAMME

DAVID FRANCISCO

KEYWORDS: nonspecific low back pain, stratified care, physiotherapy, primary healthcare, Portugal

Background: Low back pain is a worldwide major problem and represents the leading cause of the loss of disability-adjusted life years in Portugal. Many patients still have pain and/or disability few months later. Current practice overuses low-value care and underuses high-value care. The effectiveness of stratified care on prognostic risk of developing persistent and disabling pain has been demonstrated, when compared with the British primary healthcare current practice. However, it is unknown whether it also applies to the Portuguese primary healthcare. **Aim:** To compare SPLIT Programme (physiotherapy stratified care model) with the current practice in terms of effectiveness on pain, disability and patients' perspective of recovery in patients with low back pain in Portuguese primary healthcare context. **Methods:** Two independent prospective sequential cohort studies were carried out with 238 nonspecific low back pain patients seeking care in Portuguese primary healthcare. Patients were followed up on 2 and 6 months through Numeric Rating Scale and the Portuguese versions of Roland Morris Disability Questionnaire and Global Perceived Effect Scale. **Results:** At 2 months follow-up, 77% of SPLIT Programme patients reach a clinically important change on disability and 73% at 6 months follow-up, while 49% and 51% of usual practice patients do so at the same time. SPLIT Programme is associated with a 3.9 better chance of a clinically important change on disability (95% CI: 2.2 – 7.1, $p < 0.001$) at a 2 months period and 3.0 (95% CI: 1.6 – 5.5, $p = 0.001$) at 6 months. Stratified intervention is also associated with better outcomes in pain intensity and patients' perspective of recovery. **Conclusions:** The results suggest that SPLIT Programme has better clinical outcomes than usual practice on disability, pain and patients' perspective of recovery at 2 and 6 months, in concordance with international studies' results on stratified intervention.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Metodologia	12
Instrumentos de Recolha de Dados	14
Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	14
Keele STArT Back Screening Tool	14
Escala Numérica da Dor	16
Roland Morris Disability Questionnaire	16
Global Perceived Effect Scale.....	17
Prática atual.....	17
Intervenção Estratificada	18
Critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente	18
Análise de Dados	19
Apresentação dos Resultados.....	21
Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	21
Evolução dos <i>outcomes</i> clínicos	23
Proporção de utentes que alcançaram critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente.....	24
Comparações inter-grupos	25
Discussão dos Resultados	29
Melhoria Clinicamente Importante da Incapacidade Funcional	30
Melhoria Clinicamente Importante da Intensidade da Dor	31
Perceção Global de Melhoria Clinicamente Importante.....	32
Recuperação Total da Incapacidade Funcional.....	33
Recuperação Total da Intensidade da Dor	33
Risco de Desenvolver Incapacidade Persistente.....	34
Limitações do estudo	35
Implicações do estudo	36
Conclusões	37
Referências Bibliográficas	39
Apêndice A	48
Apêndice B	52
Apêndice C	60
Apêndice D	67
Apêndice E.....	69
Apêndice F.....	70
Apêndice G	74
Apêndice H	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do estudo.	21
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra na <i>baseline</i>	22
Tabela 2. Resultado da ANOVA de Friedman para a intensidade da dor e incapacidade funcional.....	23
Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de utentes que alcançaram os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses.....	24
Tabela 4. Frequência absoluta e relativa de utentes que alcançaram os critérios clínicos melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses.....	25
Tabela 5. Resultado da análise da regressão logística binária multivariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses.....	27
Tabela 6. Resultado da análise da regressão logística binária multivariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses.....	28
Tabela 7. Síntese de estudos com intervenção estratificada	48
Tabela 8. Resultado da análise da regressão logística binária univariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses.....	74
Tabela 9. Resultado da análise da regressão logística binária univariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES Arrábida. Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida
ANOVA. análise de variância
ARSLVT. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CES. Comissão de Ética para a Saúde
CSP. Cuidados de Saúde Primários
DALY. anos de vida perdidos ajustados à incapacidade
DMCI. diferença mínima clinicamente importante
END. Escala Numérica da Dor
EVAH. Escala Visual Analógica Horizontal
EVAV. Escala Visual Analógica Vertical
EVD. Escala Verbal da Dor
GPES-PT. Versão portuguesa da GPES
GPES. *Global Perceived Effect Scale*
IC. intervalo de confiança
ICC. Coeficiente de Correlação Intraclasse
IMPACT Back. *Implementation to improve Patient Care through Targeted treatment for Back pain*
LR-. rácio de verossimilhança negativo
LR+. rácio de verossimilhança positivo
MATCH. *Matching Appropriate Treatments to Consumer Healthcare needs*
MGF. Medicina Geral e Familiar
MMCI. mudança mínima clinicamente importante
ODI. *Owestry Disability Index*
OR. *odds ratio*
QBPDS. *Quebec Back Pain Disability Scale*
RMDQ-PT. Versão portuguesa da RMDQ
RMDQ. *Roland Morris Disability Questionnaire*
RR. risco relativo
SBST-PT. Versão portuguesa da SBST
SBST. *Keele STarT Back Screening Tool*
SPSS. *Statistical Package for the Social Sciences®*
STarT. *Subgroups for Targeted Treatment*
TAC. tomografia axial computadorizada
UCSP. Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados
USF. Unidade de Saúde Familiar
YLD. anos vividos com incapacidade

Introdução

A lombalgia é um sintoma definido como dor ou desconforto entre o bordo inferior da 12ª costela e as pregas glúteas, podendo ou não haver irradiação para um ou ambos os membros inferiores (Airaksinen et al., 2006; Koes, van Tulder, & Thomas, 2006; Krismer & van Tulder, 2007).

A classificação da lombalgia é feita em duas grandes categorias: lombalgia específica e lombalgia não específica (Maher, Underwood, & Buchbinder, 2017). Esta última é a forma mais comum de lombalgia, correspondendo a cerca de 90% dos casos (Krismer & van Tulder, 2007). A lombalgia não específica é classificada quando não é possível identificar uma causa anatómica ou fisiológica para a dor, sendo o diagnóstico baseado na exclusão de patologia específica (Airaksinen et al., 2006; Maher et al., 2017).

Quanto à duração, a lombalgia é classificada como aguda (<6 semanas), sub-aguda (>6 e <12 semanas) e crónica (>12 semanas) (Qaseem, Wilt, McLean, & Forciea, 2017).

A lombalgia é um problema major em todo o mundo, pelo que a maioria das pessoas é afetada pelo menos uma vez na sua vida. É mais prevalente em mulheres e pessoas entre os 40 e os 80 anos (D. Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010; Damian Hoy et al., 2012).

O *Global Burden of Disease Study* 2015 concluiu que a lombalgia levou a 60.1 milhões de anos vividos com incapacidade (YLD), o que corresponde a um aumento de 54% desde 1990. Prevê-se que o impacto da lombalgia continue a crescer nas próximas décadas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016).

Em Portugal, o primeiro estudo epidemiológico representativo da população nacional para a avaliação de doenças reumáticas – EpiReumaPt, contou com uma amostra de 10.661 adultos não institucionalizados. Este estudo concluiu que, a lombalgia é a patologia reumática mais prevalente, com valores autorreportados de 26.4% (IC 95%: 23.3% - 29.5%). Revelou ainda que é mais frequente nas mulheres do que nos homens (29.6% e 22.8%, respetivamente) e que há maior prevalência em pessoas entre os 46 e os 55 anos (Branco et al., 2016).

A partir dos dados deste estudo, foi desenvolvido um outro, visando determinar a prevalência da lombalgia crónica ativa (definida como presente no dia da entrevista e na maioria do tempo dos 90 dias anteriores). O estudo concluiu que esta representa 10.4% (IC 95%: 9.6% – 11.9%) da população portuguesa adulta não institucionalizada (Gouveia et al., 2016).

Segundo os mais recentes dados do *Global Burden of Disease Study* (2018), a prevalência da lombalgia em Portugal tem aumentado todos os anos desde 1995, correspondendo atualmente a 16.62% (IC 95%: 18.37 – 14.99), bastante superior à média estabelecida para os países com o mesmo índice sócio-demográfico (médio-alto), que em 2017 se fixou em 8.53% (IC 95%: 9.48 – 7.57). Por outro lado, o estudo também verifica que, de 1990 a 2017, em conjunto com a cervicalgia, a lombalgia corresponde a 16.7% dos YLD totais (com um aumento de 22.8%) e passou de terceira para primeira causa de anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (DALY) (Direção-Geral da Saúde & Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

A lombalgia gera vários custos diretos e indiretos. Os custos diretos definem-se como a operacionalização e organização de determinado programa de saúde e os indiretos consistem nos custos associados à perda de produção económica devido à participação de um indivíduo em determinado programa de saúde, abrangendo também os custos intangíveis (Hartvigsen et al., 2018; Steenstra, Verbeek, Heymans, & Bongers, 2005).

Em Portugal, Gouveia et. al (2016) observaram que a lombalgia crónica ativa está associada a um maior consumo de recursos de saúde ($\beta=2.65$, $p=0.018$) e a custos intangíveis, como a incapacidade autorreportada ($\beta=0.35$, $p=0.001$) e a diminuição da qualidade de vida ($\beta=-0.192$, $p=0.001$). Ao nível dos custos indiretos, estima-se que 6,5% dos indivíduos com lombalgia crónica obtiveram reformas antecipadas, sendo estas significativamente maiores nesta população (OR=1.88, $p=0.002$).

Desta forma, a lombalgia é atualmente considerada como um problema de saúde pública, global e urgente (Buchbinder et al., 2018; Hartvigsen et al., 2018).

Apesar disso, a maioria dos episódios de lombalgia são curtos e tem um prognóstico favorável, com 90% utentes a recuperar até às 6 semanas (Van Tulder et al., 2006). Neste período ocorre uma redução marcada da dor e incapacidade funcional médias: de dor média 52/100 (IC 95%: 48 – 57) e incapacidade média 45/100 (IC 95%: 42 – 48) passa a dor 23/100 (IC 95%: 21 – 25) e incapacidade 24/100 (IC 95%: 23 – 26). Após esse período, as melhorias abrandam e verificam-se pequenas reduções na dor e incapacidade funcional até 1 ano, mantendo-se a níveis baixos: dor 6/100 (IC 95%: 3 – 10) e incapacidade 13/100 (IC 95%: 11 – 15) (Menezes Costa et al., 2012). Também as pessoas com lombalgia crónica sentem uma melhoria substancial nas primeiras 6 semanas: de dor média 51/100 (IC 95%: 44 – 59) e incapacidade média 27/100 (IC 95%: 24 – 30) passam a dor 33/100 (IC 95%: 29 – 38) e incapacidade 21/100 (IC 95%: 19 – 22). Contudo, este subgrupo regista apenas reduções muito pequenas na dor e incapacidade funcional até 1 ano e os níveis mantêm-se moderados, desenvolvendo cronicidade: dor 23/100 (IC 95%: 16 – 30) e incapacidade 17/100 (IC 95%: 14 – 19). Apesar do subgrupo dos utentes com lombalgia crónica ter um prognóstico menos favorável, em ambos os subgrupos existe uma variabilidade moderada entre os utentes ao nível dos *outcomes*, pelo que o prognóstico da condição é bastante heterogéneo (Menezes Costa et al., 2012).

Desta forma, a lombalgia apresenta uma elevada taxa de cronicidade, com 67% (IC 95%: 50% – 83%) dos utentes a manter dor aos 3 meses após o início do episódio e 65% (IC 95%: 54% - 75%) aos 12 meses (Itz, Geurts, Van Kleef, & Nelemans, 2012).

Na abordagem atual, o tratamento da lombalgia tem em consideração a duração dos sintomas (agudos, subagudos e crónicos), e é aplicado faseadamente, ou seja, começa com terapias simples e apenas progride para tratamentos mais complexos se não existirem melhorias satisfatórias (Almeida, Saragiotto, Richards, & Maher, 2018; A. Traeger, Buchbinder, Harris, & Maher, 2017). Porém, esta abordagem tem sido criticada uma vez que não tem em conta as diferenças individuais no prognóstico da condição,

retardando, por exemplo, tratamento intensivo àqueles que mais precisam (A. Traeger et al., 2017).

Tendo em conta a considerável probabilidade de a lombalgia se tornar crónica e que os utentes com lombalgia crónica consomem mais recursos de saúde, com todos os custos diretos e indiretos inerentes (Gouveia et al., 2016), a literatura científica mais recente recomenda a priorização de intervenções que previnam o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante (Chenot et al., 2017; Foster et al., 2018; Hartvigsen et al., 2018; NSW Agency for Clinical Innovation, 2016; A. C. Traeger, Buchbinder, Elshaug, Croft, & Maher, 2019; UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Wambeke, Desomer, Ailliet, & Demoulin, 2017).

Para tal, tem sido sugerida a aplicação de uma intervenção estratificada (Foster, Hill, O'Sullivan, & Hancock, 2013; Hill et al., 2011; Van Der Windt, Hay, Jellema, & Main, 2008). A aplicação de uma intervenção estratificada envolve o direcionamento de tratamentos a subgrupos de utentes com características semelhantes, de modo a facultar-lhes o tratamento apropriado o mais rapidamente possível. A intervenção estratificada procura apoiar os processos de tomada de decisão para aumentar a eficiência dos cuidados de saúde e reduzir os seus potenciais danos (Hingorani et al., 2013).

Para a lombalgia persistente, a abordagem estratificada envolveria a alocação de tratamentos de alta intensidade aos utentes com maior risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, por oposição à prática atual (*stepped approach*), que aloca tratamentos de elevada intensidade apenas aos utentes cujos sintomas não melhoram com os tratamentos de baixa intensidade (A. Traeger et al., 2017).

Para comparar a efetividade e custo-efetividade destas duas abordagens, Hill et al. (2011) do *Subgroups for Targeted Treatment (STarT) Back trial* desenvolveram e testaram um modelo de intervenção estratificada baseada num modelo de prognóstico multi-domínio. Esta abordagem, já estudada noutras condições de saúde (Moons, Altman, Vergouwe, & Royston, 2009), ainda não tinha sido testada na gestão da lombalgia. Através dum

ensaio clínico randomizado e controlado, procuraram saber se cuidados de saúde estratificados de acordo com o risco de mau prognóstico (definido neste estudo como incapacidade persistente devido à lombalgia) são mais eficazes e custo-efetivos que a prática atual. No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Reino Unido, os investigadores começaram por avaliar os utentes através do questionário *Keele STarT Back Screening Tool* (SBST), que estratifica os utentes pela presença de indicadores de prognóstico físicos e psicológicos potencialmente modificáveis. Com a SBST, os utentes são categorizados em baixo, médio e elevado risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, definido como uma pontuação na *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) ≥ 7 (Hill et al., 2008). De seguida, no grupo experimental, aplicaram a cada grupo um tratamento específico de acordo com o subgrupo de risco, previamente definido por *experts* clínicos. Os utentes de baixo risco frequentaram uma sessão de educação sobre a natureza benigna da dor, com mensagens simples e positivas sobre alívio da dor, níveis de atividade e trabalho. Os utentes de médio risco também frequentaram a sessão de educação, à qual se acrescentou tratamento dos sinais e sintomas com técnicas de fisioterapia, de acordo com as recomendações das *guidelines* atuais, até um máximo de 6 sessões de tratamento. Os utentes de elevado risco tiveram tratamento igual aos de médio risco, mas enquadradas numa abordagem cognitivo-comportamental para promoverem a auto-gestão e combater crenças e comportamentos prejudiciais acerca da lombalgia (Hay et al., 2008). No grupo de controlo mantiveram as melhores práticas atuais. Tanto aos 4 como aos 12 meses, a abordagem estratificada levou a maiores ganhos em saúde do que a prática atual. Ao nível da incapacidade, a diferença média na RMDQ aos 4 meses foi de 1.81 (IC 95%: 1.06 – 2.57, $p < 0.0001$) e aos 12 meses de 1.06 (IC 95% 0.25 – 1.86, $p = 0.00095$). No grupo de intervenção, 69% dos utentes alcançaram a diferença mínima clinicamente importante (DMCI, definida como pelo menos 30% de redução na pontuação da RMDQ na *baseline*) aos 4 meses face a 56% dos utentes do grupo de controlo. Aos 12 meses as proporções foram de 65% e 57% nos grupos de intervenção e controlo, respetivamente. Na dor, a diferença média na Escala Numérica da Dor (END) aos 4 meses foi de 0.55 (IC 95%: 0.23 – 0.86, $p = 0.0005$) e aos 12

meses de 0.11 (IC 95%: -0.21 – 0.43, $p=0.5002$). Ao nível da percepção de melhoria, um utente com intervenção estratificada teve 1.55 (IC 95%: 1.16 – 2.07, $p=0.0032$) maior probabilidade de se sentir muito melhor aos 4 meses do que um utente com intervenção usual. Aos 12 meses esse rácio foi de 1.23 (IC 95%: 0.95 – 1.16, $p=0.1104$) (Hill et al., 2011).

Para assegurar o cumprimento do protocolo do estudo e alcançar validade interna adequada, os utentes com lombalgia não específica foram referenciados para fisioterapia após consulta com o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) (Hill et al., 2011). Porém, esta abordagem contrasta com a prática usual a nível internacional, em que apenas uma pequena proporção dos utentes é referenciada para fisioterapia (cerca de 20% no Reino Unido) (Dunn, 2004 como citado em Foster et al., 2014). Como tal, Foster et al. (2014), fizeram um novo estudo nos CSP britânicos, o *Implementation to improve Patient Care through Targeted treatment for Back pain* (IMPACT Back) *study*, para perceber se uma intervenção estratificada é clinicamente efetiva quando implementada em contexto de prática real, e se leva a um uso mais ponderado dos recursos de saúde através da mudança dos comportamentos de referenciação médica. Este estudo sequencial contemplou duas coortes. Na primeira, os médicos de MGF mantiveram a sua prática habitual. Na segunda coorte, estes médicos receberam formação sobre a SBST e a intervenção estratificada. Posteriormente, receberam indicação para usarem a SBST em utentes elegíveis e foram encorajados gerir os utentes de baixo risco sozinhos (dando informação escrita sobre a auto-gestão da condição e aconselhamento para que se mantivessem ativos, prescrevendo medicação quando adequado e tranquilizando sobre o bom prognóstico da sua condição) e apenas referenciar utentes de médio e elevado risco para a fisioterapia (Foster et al., 2010), onde receberam intervenção estratificada, como no estudo de Hill et al. (2011). Os resultados deste estudo verificaram que na segunda coorte existiram melhorias significativas na incapacidade e ainda mudanças positivas nas decisões clínicas dos médicos de MGF, com um maior número de utentes de médio e elevado risco a serem referenciados para a fisioterapia. De facto, aos 6 meses a diferença média da incapacidade foi de 0.71 (IC 95%: 0.06 – 1.36,

$p=0.03$) na RMDQ, com destaque para a diferença robusta e clinicamente importante (pelo menos 30% de redução na pontuação da RMDQ na *baseline*) no grupo de elevado risco, de 2.3 (IC 95%: 0.8 – 3.9, $p=0.004$). Na coorte da intervenção estratificada, 47% dos utentes alcançaram a DMCI face a 42% dos utentes da coorte da prática usual, com um *odds ratio* (OR) de 1.24 (IC 95%: 0.92 – 1.67, $p=0.15$). Na dor, a diferença média na END dos indivíduos da segunda coorte aos 6 meses foi de 0.29 (IC 95%: -0.05 – 0.63, $p=0.09$). Ao nível da percepção de melhoria, um utente com intervenção estratificada teve 1.22 (IC 95%: 0.93 – 1.59, $p=0.16$) maior probabilidade de se sentir completamente recuperado aos 6 meses do que um utente com intervenção usual (Foster et al., 2014).

Como os cuidados estratificados pelo risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante, implementados nos cuidados de saúde primários, provaram levar a melhorias significativas na incapacidade sem aumentar os custos, os autores recomendaram a sua ampla implementação (Foster et al., 2014).

Assim, Beneciuk & George (2015) procuraram estudar a implementação de cuidados estratificados em utentes com lombalgia no contexto ambulatorio em clínicas de fisioterapia nos Estados Unidos da América, de modo a estudar a viabilidade de um estudo de larga escala. Desenvolveram um estudo preliminar sequencial com duas fases, sendo que, na primeira metade dos fisioterapeutas (distribuídos aleatoriamente) recebeu educação sobre intervenção estratificada e outra metade não. Na segunda parte, os mesmos fisioterapeutas trataram utentes com lombalgia, de acordo com a formação recebida. Antes do tratamento e 4 semanas depois, todos os utentes preencheram a SBST de forma auto-administrada. Foi pedido aos fisioterapeutas que receberam formação para utilizarem a categorização da SBST para guiar as tomadas de decisão do tratamento a adotar. Os utentes que receberam cuidados estratificados estavam associados a melhores resultados na dor, com uma diferença inter-grupos na END de 0.8 (IC 95%: 0.1 – 1.5), e na incapacidade, com uma diferença inter-grupos na *Owestry Disability Index* (ODI) de 8.9 (IC 95%: 4.1 – 13.6), quando comparados com os utentes que receberam a prática habitual. A nível da dor, 47.8% dos

utentes que receberam cuidados estratificados alcançaram a DMCI (pelo menos 30% de redução na pontuação da END na *baseline*) face a 21.2% dos utentes que receberam a prática habitual (RR=2.25, IC 95%: 1.11 – 4.55, $p=0.010$). Também na incapacidade houve uma maior proporção de utentes que receberam a intervenção estratificada a alcançar a DMCI (pelo menos 30% de redução na pontuação da ODI na *baseline*), com 61.2%, comparado com 33.3% dos utentes que usufruíram da prática habitual (RR=1.84, IC 95% 1.10 – 3.98, $p=0.009$). Apesar das suas limitações (o desenho do estudo não permite análises aos subgrupos, os tratamentos não foram atribuídos aleatoriamente e a adesão dos fisioterapeutas às recomendações de tratamento não foi monitorizada), este estudo concluiu que os cuidados estratificados poderiam ser implementados neste país e abriu caminho para estudos de maior escala (Beneciuk & George, 2015).

Nesse sentido, Cherkin et al. (2018), no âmbito do *Matching Appropriate Treatments to Consumer Healthcare needs* (MATCH), quiseram investigar se a estratégia de estratificação da STarT Back teria sucesso nos CSP dos Estados Unidos da América, através dum ensaio clínico pragmático randomizado por *cluster*. Participaram 6 clínicas de cuidados primários, ficam 3 como intervenção e 3 como controlo. Nas 3 clínicas de intervenção, médicos de MGF e enfermeiras receberam formação sobre a estratégia STarT Back através de 6 sessões de 1 hora e os fisioterapeutas receberam treino de 5 dias sobre esta estratégia. Os utentes de baixo risco receberiam intervenção mínima, com educação e aconselhamento sobre a sua condição. Os utentes de médio risco fariam exercício e outras estratégias ativas da fisioterapia para reduzir o medo do movimento. Os utentes de elevado risco receberiam os mesmos cuidados dos de médio risco por parte dos fisioterapeutas, mas integrados numa abordagem psicológica, direccionada às crenças, expectativas e respostas emocionais e comportamentais associadas à lombalgia. As 3 clínicas de controlo mantiveram a prática usual (Cherkin et al., 2016). Aos 2 e 6 meses, os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas nos *outcomes* primários (dor e incapacidade) ou secundários (incluindo a perceção de melhoria). Os autores atribuem este resultado à ausência de mudança de comportamento por parte de médicos

de MGF e enfermeiras, explicada pelas inexistentes reuniões de *feedback* para encorajar a aderência dos clínicos à alocação dos tratamentos aos subgrupos respetivos. Para além disso, os autores referem que as opções de tratamento, quando comparadas com as dos estudos ingleses, eram mais numerosas, menos familiares aos clínicos e de acesso difícil (Cherkin et al., 2018).

Na Irlanda, Murphy et al. (2016), no âmbito do *BackCare Programme*, investigaram se estes benefícios também se mantinham quando a abordagem era feita em grupo. Para tal, médicos de MGF referenciaram para uma clínica de CSP especializada em disfunções da coluna utentes com lombalgia não específica para o grupo experimental, tendo sido avaliados quanto à intensidade da dor, incapacidade, perceção de melhoria e risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (através do SBST), tendo depois sido estratificados de acordo com esse risco, para receberem o tratamento correspondente. Os utentes de baixo risco frequentaram uma sessão em grupo de hora e meia com exercícios e educação, sendo instruídos com exercícios lombares simples, encorajados a manterem um estilo de vida ativo, promovendo a gestão ativa da sua condição com mensagens positivas para a manutenção de uma coluna saudável. Os utentes classificados como de risco médio receberam intervenção genérica em grupos de 8 a 10 pessoas, em 4 sessões de 90 minutos de exercícios e educação, numa perspetiva biopsicossocial, incluindo mensagens positivas baseadas na evidência sobre a gestão da sua condição, aconselhamento ergonómico genérico e promoção da atividade física. Os indivíduos de elevado risco frequentaram quatro sessões de 120 minutos, em grupos de 4 a 6 pessoas, com uma abordagem de resolução de problemas. De acordo com o modelo da intervenção de elevado risco do STarT Back Trial (Hay et al., 2008; Hill et al., 2011) as sessões consistiram em estratégias cognitivo-comportamentais para promoverem a auto-gestão e corrigir crenças e comportamentos prejudiciais acerca da lombalgia. Cada sessão incluiu ainda uma componente de exercício semelhante à intervenção de médio risco. O grupo de controlo, constituído por utentes que frequentaram a clínica previamente, tinha sido também avaliado para os mesmos *outcomes*, não tendo, porém, recebido

tratamento estratificado. Em vez disso, todos receberam o tratamento igual ao dos utentes de médio risco, já que este já tinha demonstrado a sua efetividade previamente (Murphy, Blake, Power, & Fullen, 2014). Aos 3 meses, os cuidados estratificados executados em grupo demonstraram superioridade estatisticamente significativa na incapacidade ($\chi^2=4.88$, 1 grau de liberdade, $p=0.028$) e na dor ($\chi^2=5.98$, 1 grau de liberdade, $p=0.015$). Analisando os grupos de risco, aos 3 meses os cuidados estratificados executados em grupo demonstraram superioridade estatisticamente significativa na incapacidade no grupo de elevado risco, ($\chi^2=4.68$, 1 grau de liberdade, $p=0.031$) e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na incapacidade dos grupos de médio ($p=0.125$) e baixo risco ($p=0.993$). Quanto ao comportamento dos grupos de risco na dor aos 3 meses, os cuidados estratificados executados em grupo demonstraram superioridade estatisticamente significativa no grupo de médio risco ($\chi^2=7.42$, 1 grau de liberdade, $p=0.007$), mas não ocorreram diferenças estatisticamente significativas na dor nos grupos de elevado ($p=0.110$) e baixo risco ($p=0.057$). Ao nível da perceção de melhoria, numa escala auto-administrada de 6 pontos (pior, sem alterações, menos que 25% melhor, entre 25% a 50% melhor, 51% a 75% melhor e mais que 75% melhor), houve uma diferença significativa nas proporções globalmente ($\chi^2=43.6$, 5 graus de liberdade, $p=0.001$) com alterações mais notórias na categoria “mais que 75% melhor”, assinalada por 42% dos utentes que obtiveram cuidados estratificados, face a 20% dos utentes sem esses cuidados, que também classificaram a sua melhoria com essa categoria. Concluiu-se, assim, que os cuidados estratificados executados em grupo demonstraram melhores *outcomes* nos utentes de elevado risco e igualmente bons *outcomes* nos grupos de médio e baixo risco, quando comparados com cuidados em grupo, não estratificados, sendo, no entanto, necessário novos estudos com um *follow-up* maior para validar a sustentabilidade deste modelo de cuidados em grupo (Murphy et al., 2016). Os resultados destes estudos encontram-se sintetizados no Apêndice A.

Para verificar se estes benefícios também se mantêm quando comparados com as melhores práticas em diferentes locais, já se iniciaram

na Dinamarca e noutros 5 países, estudos da efetividade de intervenções estratificadas pelo risco de lombalgia persistente e incapacitante, ainda sem resultados divulgados (Morso et al., 2018; Sowden, Hill, Morso, Louw, & Foster, 2018). Algumas *guidelines* já recomendam uma gestão estratificada do risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante (Chenot et al., 2017; Foundation for Health Care Quality - Washington State Health Care Authority, 2013; NSW Agency for Clinical Innovation, 2016; UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Wambeke et al., 2017). No entanto, em Portugal desconhece-se qual é prática usual implementada ao nível dos CSP na avaliação e tratamento de utentes com lombalgia ou quais os resultados clínicos obtidos. Também não se sabe se, no contexto dos CSP em Portugal, o tratamento estratificado produzirá melhores resultados clínicos em relação à prática atual.

Assim, este estudo pretende comparar um modelo de tratamento estratificado de fisioterapia - Programa SPLIT com a prática atual ao nível da efetividade na dor, incapacidade e perceção de melhoria, aos 2 e 6 meses, em indivíduos com lombalgia que recorram aos CSP.

Metodologia

No âmbito do Projeto¹ SPLIT foram realizados dois estudos de coorte prospetivo, sequenciais e independentes, cujas amostras foram compostas por indivíduos com lombalgia que recorreram aos CSP das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Partilhados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES Arrábida), englobado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) de Portugal.

Este projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT, tendo sido aprovado a 6/4/2018 (Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

O primeiro estudo de coorte decorreu durante 8 meses (entre fevereiro e outubro de 2018) e teve por objetivo caracterizar a prática usual dos médicos de MGF e fisioterapeutas em utentes com lombalgia que recorreram às unidades de saúde parceiras no estudo, e os resultados obtidos.

Após esse estudo, foram realizadas sessões de formação a esses médicos de MGF e fisioterapeutas para a implementação de um novo modelo de intervenção, com tipologias específicas de tratamento para diferentes subgrupos de risco dos utentes com lombalgia desenvolverem dor persistente e incapacitante (Cruz, Caeiro, Fernandes, & Gomes, 2018). Foi também feita a análise de potenciais barreiras e facilitadores da implementação deste modelo (Caeiro et al., 2019).

A segunda coorte, realizada entre novembro de 2018 e julho de 2019, visou o estudo da implementação do modelo SPLIT, aplicado pelos profissionais formados relativamente a este modelo, nas mesmas unidades de saúde, e respetiva avaliação dos resultados clínicos.

Os critérios utilizados para a inclusão e exclusão dos participantes, procedimentos de recrutamento e recolha de dados foram idênticos para ambos os coortes.

¹ Utiliza-se o termo “Projeto SPLIT” quando se refere a atividades ou tarefas de planeamento do estudo e “Programa SPLIT” quando se refere à implementação do modelo SPLIT de intervenção estratificada.

Eram elegíveis todos os utentes que recorreram a consulta do Médico de MGF nas unidades parceiras do projeto, diagnosticados com lombalgia não específica, correspondendo aos códigos L03 - Sinais e sintomas da região lombar, L84 - Síndromes da coluna sem irradiação de dor e L86 - Síndrome vertebral com irradiação de dores, da Classificação Internacional de Assistência Primária (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016), que tivessem idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade, e soubessem ler e escrever Português Europeu (para garantir o preenchimento dos diversos instrumentos de avaliação).

Foram excluídos os utentes com lombalgia específica, seja por infeção, tumor, fratura ou doença inflamatória; com presença de patologia específica, tal como sintomas de compressão radicular, doença inflamatória ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral ou maligna, fratura ou risco de fratura; que tenham realizado cirurgia lombar nos últimos 6 meses; mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta.

Para efeitos do recrutamento dos utentes, foi previamente realizada uma sessão de esclarecimento a todas as USF/UCSP parceiras, com a apresentação do estudo e explicação acerca dos procedimentos de seleção, convite e referenciação de utentes para o estudo.

Todos os participantes foram recrutados na consulta de MGF das USF/UCSP, de acordo com os seguintes procedimentos: no final da consulta, o médico de MGF convidou o utente a participar no projeto; os utentes que aceitaram foram enviados ao investigador colaborador que estava em cada USF/UCSP; todos os utentes encaminhados pelo médico de MGF ao investigador colaborador receberam um folheto explicativo com informações acerca do estudo, onde foi assegurado o anonimato e confidencialidade, e posteriormente solicitado o seu consentimento informado por escrito (Apêndices B e C).

Imediatamente após a consulta médica, os utentes que aceitaram participar no estudo preencheram os instrumentos de medida referentes à avaliação inicial (*baseline*): um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a versão portuguesa da SBST (SBST-PT)

(Raimundo et al., 2017), a END e a versão portuguesa da RMDQ (RMDQ-PT) (Monteiro, Faísca, Nunes, & Hipólito, 2010). Estes instrumentos de avaliação foram aplicados sob forma de entrevista, com o intuito de homogeneizar o método de recolha de dados nos três momentos de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses), e minimizar evitar a perda de participantes nos *follow-ups* do estudo. O tempo utilizado para o preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 15 minutos.

Após a avaliação, foi combinado contato telefónico aos 2 e 6 meses para reavaliação, conforme explicado no folheto explicativo do estudo e acordado no consentimento informado. Em ambos os momentos de *follow-up* foram aplicados os mesmos questionários que foram aplicados na *baseline*, com exceção do questionário sociodemográfico e clínico e da SBST, tendo sido adicionada a versão portuguesa da Global Perceived Effect Scale (GPES-PT) (Freitas, Pires, Nunes, & Cruz, 2019). Os contatos via telefónica, no dia e hora previamente combinados, foram realizados pelo mesmo investigador e não demoraram mais de 10 minutos.

Instrumentos de Recolha de Dados

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice D) com duas secções. A primeira secção incluiu questões sobre dados sócio-demográficos, como a idade, sexo, peso, altura, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional. A segunda incluiu questões sobre dados clínicos da lombalgia, como a sua duração e localização (irradiação para o membro inferior), medicação, ausência do trabalho, e situação de baixa remunerada.

Keele STArT Back Screening Tool

A SBST é um instrumento de autopreenchimento que visa avaliar o risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante ($RMDQ \geq 7$). É composto por 9 questões relativas às últimas duas semanas, as primeiras 4 questões estão relacionadas com a localização da dor e limitações em atividades funcionais. As 5 restantes correspondem à subescala psicossocial, e incluem o medo/evitamento do movimento, ansiedade, catastrofização, depressão e desconforto/incómodo da dor. Todas as questões são de

resposta dicotómica (“concordo”=1 ou “não concordo”=0), exceto a questão relacionada com o desconforto, onde é utilizada uma escala de Likert com cinco opções (as primeiras 3 opções pontuadas com 0 e as 2 restantes com 1 ponto). O resultado final corresponde à soma das respostas e pode variar entre 0 e 9. Se o utente obtiver uma pontuação igual ou inferior a 3, é classificado como sendo de baixo risco. Se a pontuação for superior a 3, é calculada a pontuação das questões 5 a 9 (subescala psicossocial). Se a pontuação nessa subescala for inferior ou igual a 3, o utente é classificado no grupo de médio risco. Se for superior a 3, é classificado no grupo de elevado risco (Hill et al., 2008).

Esta escala apresenta uma validade discriminativa de 0.92 (IC 95%: 0.88 – 0.97) para incapacidade e 0.73 (IC 95%: 0.64 – 0.81) para dor referida para o membro inferior. No estudo original, a SBST revelou boa consistência interna, com um α de Cronbach de 0.79 para o total da escala e de 0.74 para a sua subescala psicossocial. A fiabilidade teste-reteste (valor de Kappa) foi de 0.73 (IC 95%: 0.57 – 0.84) para toda a escala e 0.69 (IC 95%: 0.51 – 0.81) para a subescala psicossocial. Este instrumento apresenta ainda sensibilidade de 80.1%, especificidade de 65.4% rácio de verossimilhança positivo (LR+) de 2.32 (IC 95%: 1.96 – 2.76) e rácio de verossimilhança negativo (LR-) de 0.30 (IC 95%: 0.23 – 0.40) para os *cutoffs* dos subgrupos, face ao *outcome* de incapacidade (RMDQ \geq 7) (Hill et al., 2008).

A versão portuguesa (SBST-PT) apresenta uma fiabilidade teste-reteste (valor de Kappa) de 0.74 (IC 95%: 0.53 – 0.95) para todo o instrumento e de 0.76 (IC 95%: 0.52 – 0.89) apenas para a subescala psicossocial deste instrumento. Esta escala apresenta uma consistência interna (α de Cronbach) de 0.673 para a pontuação total e 0.544 para a subescala psicossocial, sem redundância de itens e correlação moderada destes com as pontuações do instrumento. Apresentou uma validade de constructo discriminativa aceitável a excelente quando comparada com a RMDQ-PT (área abaixo da curva=0.841, IC 95%: 0.79 – 0.90, $p=0.005$) ou com a END (área abaixo da curva=0.741, IC 95%: 0.69 – 0.80, $p=0.005$). Esta escala demonstrou ainda uma correlação positiva e significativa moderada entre a média das pontuações (total e da subescala psicossocial, respetivamente) do SBST-PT e a média das pontuações do RMDQ ($r=0.672$,

$p=0.001$) e END ($r=0.479$; $r=0.440$, $p=0.001$), demonstrando que a SBST-PT permite avaliar adequadamente os constructos de incapacidade e dor a que se propõe (Martins & Cruz, 2020).

Escala Numérica da Dor

A END é composta por 11 itens, de 0 a 10, correspondendo 0 a nenhuma dor e 10 à pior dor imaginável. É solicitado ao utente que indique aquele que melhor descreve a intensidade da sua dor, no momento, ou considerando um período retrospectivo de tempo (Downie et al., 1978).

A END apresenta uma fiabilidade teste-reteste adequada, com um Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0.61 (IC 95%: 0.30 – 0.77) após 1 semana de fisioterapia (Childs, Piva, & Fritz, 2005). Strong et al. (1991) verificaram que a END possui uma boa validade de constructo, com correlação significativa com a Escala Visual Analógica Horizontal (EVAH) ($r=0.81$, $p<0.01$) ou Vertical (EVAV) ($r=0.73$, $p<0.01$) e a Escala Verbal da Dor (EVD) ($r=0.67$, $p<0.01$). O poder de resposta (área abaixo da curva) é de 1.9 após 1 semana de fisioterapia e 1.5 após 4 semanas desta intervenção (Childs et al., 2005). Para utentes com lombalgia, a DMCI da END é de 30% (Ostelo et al., 2008).

Roland Morris Disability Questionnaire

A RMDQ é um instrumento de auto-preenchimento que visa avaliar a incapacidade funcional em indivíduos com lombalgia. Tem 24 questões relacionadas com situações do dia a dia, de resposta dicotómica (“sim” ou “não”), sendo que o resultado final corresponde à soma das respostas “sim”. Este resultado pode variar entre 0 e 24, correspondendo o zero a uma pessoa sem limitações e o valor máximo a um doente com limitações muito graves (Roland & Fairbank, 2000).

A versão original da RMDQ demonstrou boa fiabilidade teste-reteste, com um ICC=0.91 para um período inferior a 2 semanas e ICC=0.86 para um período entre 3 a 6 semanas (Stratford et al., 1996). Reneman et al. (2002) verificaram que a RMDQ possui boa validade de constructo, apresentando uma alta correlação com a *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS) ($r=0.60$, $p<0.01$) e a ODI ($r=0.50$, $p<0.01$). A DMCI da RMDQ é de 30% (Jordan, Dunn, Lewis, & Croft, 2006; Ostelo et al., 2008). Pontuações iguais

ou superiores a 7 estão associadas a um elevado risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill et al., 2008).

A versão portuguesa da *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ-PT) tem apresenta uma consistência interna (α de Cronbach) de 0.81 e estabilidade temporal (correlação teste-reteste) de 0.86, indicando elevada fiabilidade da RMDQ-PT. Quanto à validade de constructo, verificou-se que a pontuação no RMDQ se correlaciona de forma elevada com a END, com o valor de 0.73 ($p < 0.001$) (Monteiro et al., 2010).

Global Perceived Effect Scale

A GPES é uma medida auto-reportada de avaliação da percepção global de mudança na condição do utente, através da qual estes avaliam o seu grau recuperação (Hush, Kamper, Stanton, Ostelo, & Refshauge, 2012). Esta escala consiste num total de 11 pontos, variando entre -5 (“muito pior”) e 5 (“completamente recuperado”), incluindo o valor 0 (“na mesma”) no centro da escala, que permite pontuar quando não ocorreram mudanças na sua condição clínica (Hush et al., 2012; Kamper, Maher, & Mackay, 2009).

A GPES possui boa fiabilidade teste-reteste, com um ICC=0.90 (IC 95%: 0.84 – 0.93), uma elevada validade de constructo, com correlação significativa com a RMDQ, ODI e escalas de dor (Hush et al., 2012; Kamper et al., 2009).

A versão portuguesa da escala (GPES-PT) apresenta uma fiabilidade teste-reteste boa, com ICC=0.71 (IC 95%: 0.479 – 0.859, $p < 0.0001$), e uma validade de constructo aceitável ($r = 0.44$, $p < 0.001$). Em indivíduos com lombalgia crónica, o seu poder de resposta mostrou-se adequado (área abaixo da curva > 0.70), tendo-se identificado que a mudança mínima clinicamente importante (MMCI) corresponde a uma pontuação ≥ 3 (Freitas et al., 2019).

Prática atual

Os utentes do primeiro coorte receberam a prática usual na lombalgia. Assim, 85.1% dos utentes receberam prescrição de medicação durante a consulta com o seu médico de MGF, com destaque para os anti-inflamatórios não-esteróides (44.4%), relaxantes musculares (33.2%) e opióides (10.7%).

Apenas 8.3% dos utentes foram referenciados para Fisioterapia e 4.6% para consultas de outras especialidades médicas. A prescrição para a realização de exames complementares de diagnóstico foi recebida por 47.8% dos utentes, englobando a radiografia (69.1%), a tomografia axial computadorizada (TAC) (25.5%) e o conjunto de radiografia e TAC (5.5%) (Duarte & Cruz, 2019).

Intervenção Estratificada

Os utentes do segundo coorte receberam a tipologia de intervenção de fisioterapia ajustada ao seu risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante. Assim, para os utentes de baixo risco foi realizada uma sessão de avaliação e educação para a autogestão da condição, complementada com um folheto de aconselhamento.

Os utentes classificados no grupo de médio risco receberam até 6 sessões individuais de fisioterapia, que englobaram terapia manual, exercício terapêutico, ensino e aconselhamento, tendo também levado o folheto de aconselhamento.

Os utentes classificados no grupo de elevado risco receberam até 12 sessões de fisioterapia, individuais ou em grupo, que incluíram educação e aconselhamento baseados na abordagem cognitivo-comportamental, exercício terapêutico, e terapia manual quando apropriado (Cruz et al., 2018).

CrITÉRIOS clÍNICOS de melhoria, recuperaÇão e incapacidade persistente

Foram definidos cr  terios clínicos para classificação dos *outcomes* obtidos pelos utentes, ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria.

Ao nível da intensidade da dor, os utentes com uma redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na END (DMCI) foram classificados como tendo alcançado uma melhoria clinicamente importante (Ostelo et al., 2008). Os que obtiveram pontuação 0 na END foram considerados como tendo alcançado recuperação total da dor.

De igual modo, para a incapacidade funcional os utentes com uma redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na RMDQ (DMCI) foram classificados como tendo alcançado

uma melhoria clinicamente importante (Ostelo et al., 2008) e os que obtiveram pontuação 0 na RMDQ foram considerados como tendo alcançado recuperação total da incapacidade. Adicionalmente, os utentes que obtiveram uma pontuação inferior a 7 na RMDQ foram classificados como tendo baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill et al., 2008).

Finalmente, os utentes com uma pontuação ≥ 3 na GPES (MMCI) foram classificados como tendo percebido uma melhoria clinicamente importante (Freitas et al., 2019).

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 26 (SPSS-26) para o sistema operativo *macOS*. Estabeleceu-se que um resultado é estatisticamente significativo se $p \leq 0.05$.

Os dados recolhidos foram agregados e analisados com base na amostra total dos participantes no estudo. Foi realizada uma análise estatística descritiva acerca das características sócio-demográficas e clínicas destes utentes, tendo-se recorrido a medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão) para as variáveis contínuas, e a medidas de distribuição de frequência (absoluta e relativa) para as variáveis nominais. Para determinar se existiam diferenças com significância estatística utilizou-se o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas e o teste de Qui-Quadrado para as variáveis nominais.

Definiu-se como *outcome* primário a incapacidade funcional e como secundários a dor e a percepção global de melhoria. A evolução clínica destes *outcomes* foi analisada em cada momento de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses). Primeiramente, testou-se a normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Verificando-se uma distribuição não-normal dos dados a análise intra-grupos foi realizada através da técnica de análise de variância (ANOVA) de Friedman para comparar as medianas e do teste *post-hoc* com correção de Bonferroni (*pairwise comparisons*) para aferir diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação.

A evolução dos *outcomes* foi analisada com recurso à estatística descritiva, nomeadamente através medidas de distribuição de frequência (absoluta e relativa), sendo todas as variáveis dicotómicas (alcançou/não alcançou).

No âmbito da análise inter-grupos destes *outcomes* foram realizadas regressões logísticas binárias uni e multivariadas, a fim de determinar o OR na comparação destas proporções, ajustada às variáveis com diferenças estatisticamente significativas na *baseline*.

Apresentação dos Resultados

Foram referenciados para o estudo um total de 310 utentes, através das USF/UCSP parceiras, tendo sido excluídos 72 devido a não aceitarem participar no estudo ou não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão, conforme se pode verificar na Figura 1, que representa o fluxograma do estudo.

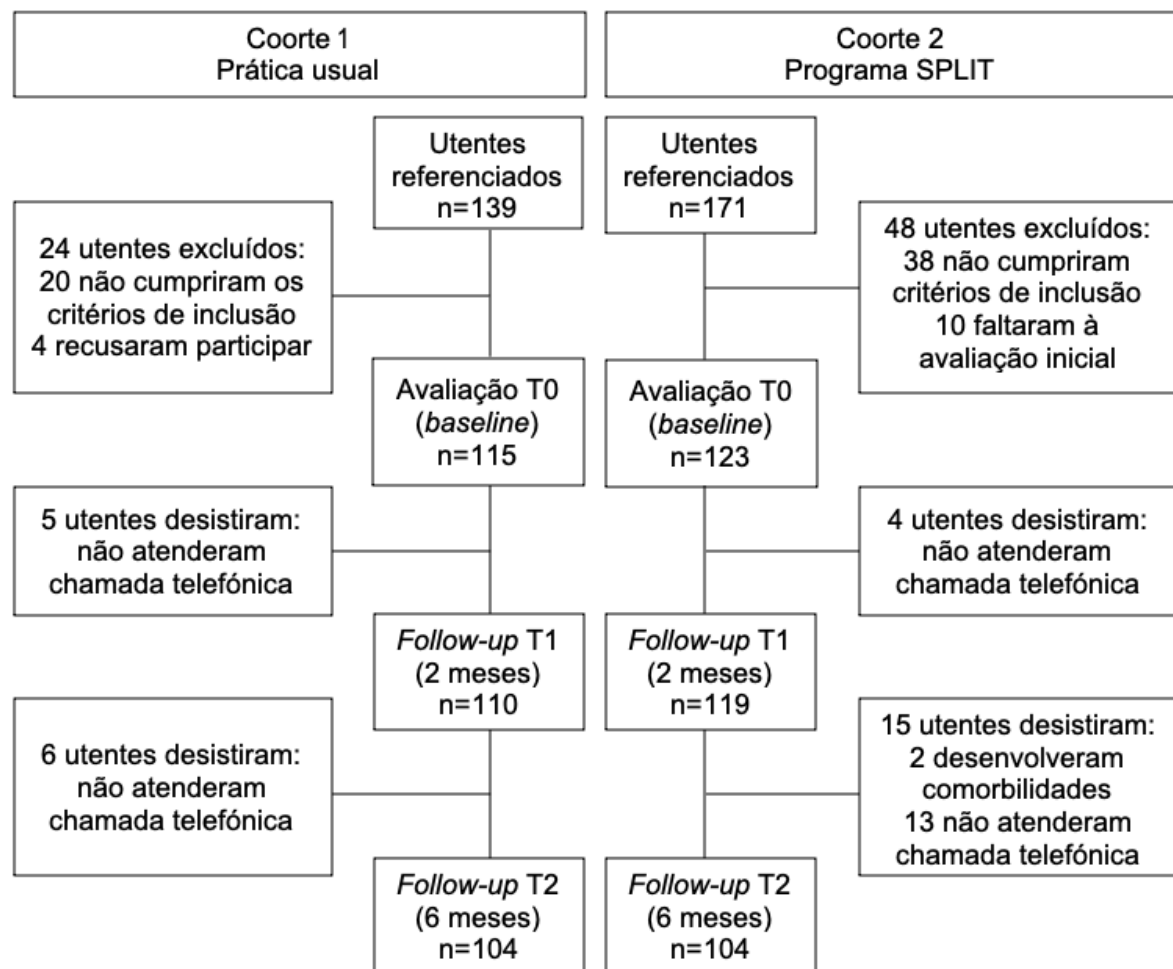


Figura 1. Fluxograma do estudo.

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra total deste estudo é constituída por 238 utentes (coorte 1, n=115; coorte 2, n= 123) com lombalgia não específica que concordaram participar no estudo, cumpriam os critérios de inclusão e exclusão e preencheram os instrumentos de avaliação inicial. As características sociodemográficas e clínicas da amostra encontram-se representadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra na *baseline*

			Coorte 1 Prática Usual (n=115)	Coorte 2 SPLIT (n=123)	Valor <i>p</i>
Características sociodemográficas	Idade (anos) ^a		48.3 (±11.2)	47.9 (±11.3)	0.889 ^d
	Gênero ^b	Masculino	50 (43.5%)	46 (37.4%)	0.339 ^e
		Feminino	65 (56.5%)	77 (62.6%)	
	IMC ^b	Baixo peso ou peso normal	46 (40.0%)	45 (36.6%)	0.588 ^e
		Excesso de peso ou obesidade	69 (60.0%)	78 (63.4%)	
	Situação familiar ^b	Vive sozinho	41 (35.7%)	44 (35.8%)	0.985 ^e
		Vive acompanhado	74 (64.3%)	79 (64.2%)	
	Habilitações literárias ^b	Ensino básico ou inferior	60 (52.2%)	75 (61.0%)	0.171 ^e
		Ensino secundário ou superior	55 (47.8%)	48 (39.0%)	
	Situação profissional ^b	A trabalhar	89 (77.4%)	87 (70.7%) ^c	0.285 ^e
		Inativo	26 (22.6%)	25 (28.5%) ^c	
	Ausência do trabalho ^b	Sim	35 (30.4%)	32 (26.0%)	0.449 ^e
		Não	80 (69.6%)	91 (74.0%)	
Características clínicas	Baixa remunerada ^b	Sim	31 (27.0%)	31 (25.2%)	0.758 ^e
		Não	84 (73.0%)	92 (74.8%)	
	Duração da lombalgia ^b	≤12 semanas	62 (53.9%)	49 (39.8%)	0.030 ^e
		>12 semanas	53 (46.1%)	74 (60.2%)	
	Dor irradiada para o membro inferior ^b	Sim	76 (66.1%)	53 (43.1%)	<0.001 ^e
		Não	39 (33.9%)	70 (56.9%)	
	Medicação para a lombalgia ^b	Sim	66 (57.4%)	66 (53.7%)	0.563 ^e
		Não	49 (42.6%)	57 (46.3%)	
	Risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (SBST) ^b	Baixo risco	20 (17.4%)	36 (29.3%)	0.067 ^e
		Médio risco	62 (53.9%)	62 (50.4%)	
		Elevado risco	33 (28.7%)	22 (20.3%)	
	Intensidade da dor reportada (END) ^a		5.4 (±2.6)	4.3 (±2.2)	<0.001 ^d
	Incapacidade funcional reportada (RMDQ) ^a		12.6 (±5.9)	10.1 (±5.5)	0.001 ^d

Legenda: *a* – média (desvio-padrão), *b* – frequência absoluta (frequência relativa), *c* – *n*=122, *d* – teste de Mann-Whitney, *e* – teste de Qui-Quadrado

Ambos os coortes têm uma média de idades semelhante (48 anos ±11), e são predominantemente constituídos por utentes do género feminino (coorte 1 – 57%, coorte 2 – 63%). Em relação ao risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, a maioria dos utentes revelou médio risco (coorte 1 – 54%, coorte 2 – 50%), sendo que a segunda categoria mais prevalente na coorte 1 foi o elevado risco (29%) e na coorte 2 o baixo risco (29%).

Relativamente às características dos participantes nas duas coortes, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na presença de dor irradiada para o membro inferior ($p<0.001$), intensidade da dor ($p<0.001$) e incapacidade funcional ($p=0.001$).

Evolução dos *outcomes* clínicos

A comparação das medianas das pontuações da END e RMDQ nos diversos momentos de avaliação, e em cada grupo, foi feita através da ANOVA de Friedman. Verificou-se que as distribuições da END nos momentos T0, T1 e T2 são estatisticamente diferentes para ambas as coortes ($p=0.001$). Igual resultado se verificou para as distribuições da RMDQ nos referidos momentos, e em ambas as coortes ($p<0.001$).

Após a utilização de testes *post-hoc* com correção de Bonferroni (*pairwise comparisons*), verificou-se que, quer para os utentes submetidos à prática usual, quer para os utentes da intervenção estratificada, existem mudanças estatisticamente significativas entre a *baseline* e os 2 meses e entre a *baseline* e os 6 meses, tanto na intensidade da dor como ao nível da incapacidade funcional. No entanto, tanto para a coorte 1, como para a coorte 2 a diferença entre os 2 e os 6 meses não é significativa para a intensidade da dor ou para a incapacidade funcional, indicando que os principais ganhos foram obtidos até aos 2 meses. Estes dados estão representados na Tabela 2 e os *outputs* do SPSS são apresentados no Apêndice F.

Tabela 2. Resultado da ANOVA de Friedman para a intensidade da dor e incapacidade funcional

Coorte	Medida de Resultado	Avaliação T0 (<i>baseline</i>)	Follow-up T1 (2 meses)	Diferença T0 - T1 (valor <i>p</i>)	Follow-up T2 (6 meses)	Diferença T0 - T2 (valor <i>p</i>)	Diferença T1 - T2 (valor <i>p</i>)
Coorte 1	Intensidade da dor (END) ^a	6	4	0.013	3	<0.001	0.327
	Incapacidade Funcional (RMDQ) ^a	13	8	0.001	8	<0.001	0.795
Coorte 2	Intensidade da dor (END) ^a	4	0	<0.001	0	<0.001	0.895
	Incapacidade Funcional (RMDQ) ^a	10	2	<0.001	3	<0.001	1.000

Legenda: a – mediana

Proporção de utentes que alcançaram critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente

Através da análise estatística descritiva, recorreu-se a medidas de distribuição de frequência (absoluta e relativa) dos utentes que alcançaram os diferentes critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente, aos 2 (Tabela 3) e 6 meses (Tabela 4), sendo que a proporção de utentes que alcançaram esses critérios foi sempre superior na coorte 2.

Ao nível da intensidade da dor, a proporção de utentes que alcançou a DMCI foi de 48% na coorte 1 e 76% na coorte 2 aos 2 meses, esbatendo-se essas diferenças aos 6 meses, com 57% face a 64% nas coortes 1 e 2, respetivamente. Na RMDQ, que mede a incapacidade funcional, cerca de metade dos utentes da coorte 1 alcançaram a DMCI, face a aproximadamente 3/4 dos utentes da coorte 2. Cerca de 42% dos sujeitos da coorte 1 alcança baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante aos 2 meses, ao passo que são 77% os utentes da coorte 2 que o fazem em igual período, verificando-se um ligeiro aumento em ambas as coortes aos 6 meses. No que diz respeito à perceção de melhoria, as proporções variam entre cerca de metade (coorte 1) e 3/4 (coorte 2).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de utentes que alcançaram os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses

<i>Follow-up T1 (2 meses)</i>		Coorte 1 Prática atual (n=110)	Coorte 2 SPLIT (n=119)
Intensidade da dor ^a	Utentes que alcançaram melhoria igual ou superior à DMCI (redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na END)	53 (47.7%) ^b	90 (75.6%)
Intensidade da dor ^a	Utentes que alcançaram recuperação total (pontuação 0 na END)	26 (23.4%) ^b	65 (54.6%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram melhoria igual ou superior à DMCI (redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na RMDQ)	54 (49.1%)	91 (76.5%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (pontuação inferior a 7 na RMDQ)	46 (41.8%)	92 (77.3%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram recuperação total (pontuação 0 na RMDQ)	11 (10.0%)	33 (23.7%)
Perceção de melhoria ^a	Utentes que alcançaram melhoria clinicamente importante (pontuação igual ou superior a 3 na GPES)	58 (52.7%)	90 (75.6%)

Legenda: a – frequência absoluta (frequência relativa), b – n=111

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa de utentes que alcançaram os critérios clínicos melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses

<i>Follow-up</i> T2 (6 meses)		Coorte 1 Prática atual (n=104)	Coorte 2 SPLIT (n=104)
Intensidade da dor ^a	Utentes que alcançaram melhoria igual ou superior à DMCI (redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na END)	59 (56.7%)	67 (64.4%)
Intensidade da dor ^a	Utentes que alcançaram recuperação total (pontuação 0 na END)	39 (37.5%)	53 (51.0%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram melhoria igual ou superior à DMCI (redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na RMDQ)	53 (51.0%)	76 (73.1%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (pontuação inferior a 7 na RMDQ)	48 (46.2%)	82 (78.8%)
Incapacidade funcional ^a	Utentes que alcançaram recuperação total (pontuação 0 na RMDQ)	12 (11.5%)	33 (31.7%)
Perceção de melhoria ^a	Utentes que alcançaram melhoria clinicamente importante (pontuação igual ou superior a 3 na GPES)	56 (53.8%)	75 (72.1%)

Legenda: a – frequência absoluta (frequência relativa)

Comparações inter-grupos

Para testar a relação não ajustada dos grupos com os *outcomes* clínicos fez-se a regressão logística binária univariada, cujos resultados estão na Tabela 8 (T1 – 2 meses) e Tabela 9 (T2 – 6 meses) do Apêndice G.

A regressão logística binária univariada revelou que aos 2 meses, comparativamente à prática usual, os utentes do Programa SPLIT têm 3.4 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da dor, 3.4 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade funcional e 2.8 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da perceção de melhoria, e que estas associações são estatisticamente significativas.

Para testar a relação dos grupos com os *outcomes* clínicos ajustadas às variáveis com diferenças significativas entre coortes na *baseline* fez-se a regressão logística binária multivariada, cujos resultados estão na Tabela 5 (T1 – 2 meses) e Tabela 6 (T2 – 6 meses). Os *outputs* do SPSS são apresentados no Apêndice H.

A regressão logística binária multivariada, ajustada às diferenças entre coortes, na intensidade da dor e incapacidade funcional na *baseline*, duração

da lombalgia e irradiação para o membro inferior revelou que aos 2 meses, comparativamente à prática usual, os utentes do Programa SPLIT têm 5.6 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da dor, 3.9 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade funcional e 3.3 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da percepção de melhoria, e que estas associações são estatisticamente significativas.

Aos 6 meses, comparativamente à prática usual, os utentes do Programa SPLIT têm 3 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade funcional e 2.5 vezes maior probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da percepção de melhoria, sendo que estas associações também são estatisticamente significativas. Porém, não se verificaram diferenças significativas da probabilidade de alcançar uma melhoria clinicamente importante ao nível da dor.

Tabela 5. Resultado da análise da regressão logística binária multivariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses

Variável	DMCI END			DMCI RMDQ			RMDQ ≥ 7			MMCI GPES			END = 0			RMDQ = 0		
	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p
Coorte 1 ^a	1			1			1			1			1			1		
Coorte 2	5.56	[2.90 - 10.64]	<0.001	3.93	[2.18 - 7.12]	<0.001	0.21	[0.11 - 0.41]	<0.001	3.31	[1.83 - 5.98]	<0.001	4.08	[2.23 - 7.46]	<0.001	4.11	[1.91 - 8.85]	<0.001
≤12 semanas	3.19	[1.71 - 5.96]	<0.001	2.16	[1.19 - 3.92]	0.011	0.52	[0.27 - 1.02]	0.056	2.40	[1.32 - 4.36]	0.004	2.06	[1.14 - 3.72]	0.017	2.49	[1.23 - 5.05]	0.011
>12 semanas ^a	1			1			1			1			1			1		
Sem irradiação para MI ^a	1			1			1			1			1			1		
Com irradiação para MI	0.81	[0.42 - 1.56]	0.528	0.61	[0.33 - 1.12]	0.110	1.34	[0.67 - 2.67]	0.405	1.01	[0.54 - 1.90]	0.972	0.64	[0.34 - 1.20]	0.162	0.87	[0.41 - 1.90]	0.756
END T0	1.20	[1.05 - 1.35]	0.006	0.99	[0.85 - 1.14]	0.860	1.00	[0.86 - 1.17]	0.964	0.98	[0.85 - 1.13]	0.818	0.91	[0.78 - 1.05]	0.177	0.89	[0.76 - 1.03]	0.104
RMDQ T0	0.96	[0.90 - 1.02]	0.223	1.02	[0.97 - 1.07]	0.506	1.20	[1.13 - 1.28]	<0.001	1.01	[0.96 - 1.06]	0.689	0.95	[0.90 - 0.99]	0.031	0.98	[0.92 - 1.06]	0.639

Legenda: OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança, a – classe de referência, MI – membro inferior

Tabela 6. Resultado da análise da regressão logística binária multivariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses

Variável	DMCI END			DMCI RMDQ			RMDQ ≥ 7			MMCI GPES			END = 0			RMDQ = 0		
	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>
Coorte 1 ^a	1			1			1			1			1			1		
Coorte 2	1.46	[0.81 - 2.62]	0.211	2.97	[1.59 - 5.52]	0.001	0.28	[0.15 - 0.53]	<0.001	2.49	[1.33 - 4.65]	0.004	1.63	[0.90 - 2.95]	0.105	3.71	[1.71 - 8.07]	0.001
≤12 semanas	1.63	[0.92 - 2.87]	0.094	1.78	[0.96 - 3.30]	0.067	0.57	[0.29 - 1.13]	0.107	2.14	[1.14 - 4.01]	0.018	1.77	[0.99 - 3.14]	0.052	2.99	[1.43 - 6.24]	0.004
>12 semanas ^a	1			1			1			1			1			1		
Sem irradiação para MI ^a	1		0.439	1		0.506	1		0.038	1		0.225	1		0.505	1		0.837
Com irradiação para MI	1.28	[0.68 - 2.41]		1.25	[0.65 - 2.41]		0.50	[0.26 - 0.96]		1.51	[0.78 - 2.93]		1.23	[0.67 - 2.25]		1.09	[0.50 - 2.35]	
END T0	0.92	[0.82 - 1.04]	0.177	0.86	[0.73 - 1.00]	0.046	1.06	[0.91 - 1.23]	0.486	0.80	[0.68 - 0.94]	0.007	0.80	[0.71 - 0.91]	<0.001	0.96	[0.80 - 1.15]	0.046
RMDQ T0	1.04	[0.98 - 1.10]	0.202	1.07	[1.00 - 1.14]	0.039	1.10	[1.10 - 1.03]	0.002	1.07	[1.01 - 1.15]	0.032	1.31	[0.70 - 2.45]	0.408	0.92	[0.86 - 0.98]	0.007

Legenda: OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança, a – classe de referência, MI – membro inferior

Discussão dos Resultados

Este estudo pretendeu comparar um modelo de tratamento estratificado de fisioterapia – Programa SPLIT com a prática atual ao nível da redução da intensidade da dor, incapacidade e percepção de melhoria, aos 2 e 6 meses, em indivíduos com lombalgia que recorram às USF e UCSP do ACES Arrábida. Este estudo é o primeiro a comparar os resultados clínicos de uma intervenção estratificada face à prática usual em indivíduos com lombalgia não específica que recorrem aos CSP em Portugal.

A amostra deste estudo foi constituída por 238 indivíduos com lombalgia com média de idades de 48 anos (± 11), com predominância do género feminino (coorte 1 – 57%, coorte 2 – 63%), com excesso de peso (coorte 1 – 60%, coorte 2 – 63%), que vivem acompanhados (64%), com o ensino básico ou inferior (coorte 1 – 52%, coorte 2 – 61%) e a trabalhar (coorte 1 – 77%, coorte 2 – 71%). Estas características são semelhantes às características dos participantes do estudo EpiReumaPt, representativo da população portuguesa, que verificou que a prevalência da lombalgia aumenta com a idade, atingindo o seu máximo no grupo etário dos 46 aos 55 anos (27.7%, IC 95%: 23.1% – 32.4%), e é mais significativamente mais prevalente no género feminino do que no masculino (respetivamente, 29.6% e 22.8%, $p=0.040$), tendo o género feminino uma proporção de 71%. Os resultados do EpiReumaPt mostram também que os indivíduos com lombalgia são predominantemente indivíduos com excesso de peso (69%), que vivem acompanhados (62%) e com o ensino básico ou inferior (77%). Ao contrário dos resultados deste estudo, os resultados do EpiReumaPt identificaram que a maioria dos participantes com lombalgia não estavam a trabalhar (63%) (Branco et al., 2016; Gouveia et al., 2016). Esta discrepância pode dever-se à ao facto de 50% da amostra com lombalgia que participou no EpiReumaPt se encontrar reformada, valor que na nossa amostra foi inferior a 30%.

Na avaliação da *baseline* (T0) os utentes das coortes 1 e 2 apresentaram uma média de intensidade da dor de 5 (± 2.6) e 4 (± 2.2) na END ($p<0.001$), e média de incapacidade funcional de 13 (± 5.9) e 10 (± 5.5) na RMDQ ($p=0.001$), respetivamente. Estes valores estão em linha com os estudos de Kovacs et al. (2006), que observaram médias de 5.89 (± 2.2) na

END e 11.30 (± 5.5) na RMDQ, e Hill et al. (2011), que verificaram os valores médios de 5.2 (± 2.2) e 9.7 (± 5.8) na END e RMDQ, respetivamente.

Melhoria Clinicamente Importante da Incapacidade Funcional

O presente estudo demonstra que o Programa SPLIT está associado a uma probabilidade de melhoria clinicamente importante (redução da RMDQ $\geq 30\%$) 3.9 vezes superior na incapacidade funcional (IC 95%: 2.2 – 7.1, $p < 0.001$) aos 2 meses e 3.0 (IC 95%: 1.6 – 5.5, $p = 0.001$) aos 6 meses.

Estes resultados são ligeiramente superiores aos observados no estudo de Hill et al. (2011), que verificou que a intervenção estratificada está associada a uma probabilidade de melhoria clinicamente importante (redução da RMDQ $\geq 30\%$) 1.9 vezes superior na incapacidade funcional (IC 95%: 1.4 – 2.5, $p < 0.0001$) aos 4 meses e 1.5 aos 12 meses (IC 95%: 1.0 – 2.15, $p = 0.0344$). Os resultados do estudo do Programa SPLIT são também ligeiramente superiores aos do estudo de Foster et al. (2014), que identificou que a intervenção estratificada está associada a uma probabilidade de melhoria clinicamente importante (redução da RMDQ $\geq 30\%$) 1.24 vezes superior na incapacidade funcional (IC 95%: 0.92 – 1.67, $p = 0.15$) no mesmo período de tempo.

A aparente superioridade dos resultados na incapacidade funcional do Programa SPLIT face a outros estudos de intervenção estratificada como a *STarT Back* e a *IMPACT Back* poderá dever-se (pelo menos parcialmente) à acentuada diferença de modelos de intervenção que se verifica em Portugal, já que a prática usual do Reino Unido parece ser mais próxima das recomendações das *guidelines* internacionais (Dunn, 2004, citado por Foster et al., 2014). De facto, os resultados de estudos preliminares sugerem que o padrão de prática atual em Portugal não está alinhado com as recomendações das normas de orientação clínica atuais (Duarte & Cruz, 2019).

O presente estudo observou também que em ambas as coortes existiram mudanças estatisticamente significativas entre a *baseline* e os 2 meses (prática atual – $p = 0.001$, Programa SPLIT – $p < 0.001$) e entre a *baseline* e os 6 meses ($p < 0.001$) ao nível da incapacidade funcional. De facto, aos 2 meses, 77% dos utentes do Programa SPLIT alcança uma melhoria

cl clinicamente importante neste *outcome*, sendo que 73% a alcança aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, são 49% e 51% os que o alcançam nos mesmos períodos.

O estudo de Hill et al. (2011) verificou também que, aos 4 meses, 69% do grupo de intervenção estratificada da *STarT Back* obteve uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade, face a 56% do grupo de controlo da prática usual. Aos 12 meses 65% do grupo de intervenção tem bom resultado e no grupo de controlo essa percentagem é de 57%.

Também o estudo de Foster et al. (2014) verificou que, aos 6 meses, na coorte de intervenção estratificada da *IMPaCT Back*, 47% dos utentes obteve uma melhoria clinicamente importante ao nível da incapacidade, face a 42% dos utentes da coorte da intervenção usual.

Apesar dos tempos de *follow-up* serem diferentes entre os 3 estudos, dificultando a comparação entre os resultados obtidos, é possível constatar que a percentagem de utentes que apresentaram melhorias clinicamente importantes foi semelhante entre os 2 e 6 meses.

Os resultados deste estudo indiciam que os principais ganhos da incapacidade funcional são obtidos até aos 2 meses, com diferenças mínimas até aos 6 meses. Estes resultados estão em linha com estudos anteriores sobre a história natural da lombalgia, que indicam que, independentemente da existência de uma intervenção e do tipo de intervenção, o curso clínico da lombalgia é marcado por uma redução importante da incapacidade funcional nas 6 semanas após o início do episódio e que, após este período, o ritmo de recuperação diminui, com melhorias mínimas na incapacidade funcional até aos 12 meses (Menezes Costa et al., 2012).

Melhoria Clinicamente Importante da Intensidade da Dor

No estudo realizado observou-se que, aos 2 meses, o Programa SPLIT está associado a uma probabilidade de melhoria clinicamente importante (redução da END \geq 30%) 5.6 vezes superior na intensidade da dor (IC 95%: 2.9 – 10.6, $p<0.001$).

Os resultados deste estudo também mostram que em ambas as coortes se observaram mudanças estatisticamente significativas entre a *baseline* e os 2 meses (prática atual – $p=0.013$, Programa SPLIT – $p<0.001$)

e entre a *baseline* e os 6 meses ($p<0.001$) ao nível da intensidade da dor. Para além da redução média da intensidade da dor, 2 meses após o início do tratamento, 76% dos utentes que recebeu intervenção estratificada do Programa SPLIT alcançou uma melhoria clinicamente importante neste *outcomes*, sendo 64% os utentes que a alcançaram aos 6 meses. Dos utentes que receberam a prática atual, 48% e 57%, obteve o mesmo resultado nesses períodos, respetivamente.

O estudo de Hill et al. (2011) não apresenta percentagens de utentes que alcançaram qualquer critério de sucesso no *outcome* na intensidade da dor nem uma razão de possibilidades, mas também identifica uma mudança positiva favorável ao grupo de intervenção estratificada da *STarT Back*, com uma diferença média na END aos 4 meses de 0.55 (IC 95%: 0.23 – 0.86, $p=0.0005$).

Tal como para a incapacidade funcional, os resultados deste estudo indiciam que os principais ganhos ao nível da intensidade da dor são obtidos até aos 2 meses, com diferenças mínimas até aos 6 meses, estando desta forma alinhados com o curso natural da lombalgia (Menezes Costa et al., 2012).

Perceção Global de Melhoria Clinicamente Importante

Este estudo identifica que o Programa SPLIT está associado a uma probabilidade dos utentes percepcionarem uma melhoria global da sua condição, 3.3 vezes superior aos 2 meses (IC 95%: 1.8 – 6.0, $p<0.001$) e 2.4 aos 6 meses (IC 95%: 1.3 – 4.7, $p=0.004$), relativamente ao coorte de prática atual.

Os rácios de probabilidade observados neste estudo são superiores aos reportado no estudo de Hill et al. (2011), que verificou que um utente com intervenção estratificada teve 1.55 (IC 95%: 1.16 – 2.07, $p=0.0032$) maior probabilidade de se sentir muito melhor aos 4 meses do que um utente com intervenção usual.

Tal como para a incapacidade funcional, a aparente superioridade dos resultados da perceção de melhoria do Programa SPLIT face ao reportados no estudo de Hill et al. (2011), pode ser pela acentuada diferença de modelos de prática usual entre Portugal e o Reino Unido, no que diz respeito ao seu

alinhamento com as recomendações das *guidelines* internacionais (Duarte & Cruz, 2019; Dunn, 2004, citado por Foster et al., 2014).

Os resultados do presente estudo mostram também que aos 2 meses, 76% dos utentes do Programa SPLIT percecionam uma melhoria clinicamente importante (sentir-se muito melhor), sendo 72% que a alcança aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, são 53% e 54% os que o fazem em iguais períodos.

Também o estudo de Hill et al. (2011) apresentou resultados no mesmo sentido. Verificou que, aos 4 meses, 44% do grupo de intervenção estratificada percecionam uma melhoria clinicamente importante, face a 35% do grupo de controlo da prática usual. Aos 12 meses 40% do grupo de intervenção sente-se muito melhor e no grupo de controlo essa percentagem continua nos 35%.

Recuperação Total da Incapacidade Funcional

Este estudo identifica que o Programa SPLIT está associado a uma probabilidade de recuperação total da incapacidade funcional (RMDQ=0) 4.1 vezes superior aos 2 meses (IC 95%: 1.9 – 8.9, $p<0.001$) e 3.7 aos 6 meses (IC 95%: 1.7 – 8.1, $p=0.001$).

Através dos resultados do presente estudo é também possível observar que aos 2 meses, 24% dos utentes do Programa SPLIT alcança uma recuperação total da incapacidade funcional (RMDQ=0), sendo 32% que a alcança aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, são 10% e 12% os que o fazem nos mesmos períodos.

Este critério clínico de melhoria, não analisado por outros estudos, indica-nos que a intervenção estratificada obtém também melhores resultados clínicos quando comparada com a prática atual na recuperação total da incapacidade funcional. Apesar disso, o facto de quase 2/3 dos utentes com lombalgia ainda apresentarem algum grau de incapacidade funcional aos 6 meses com a intervenção estratificada, revela a necessidade de aperfeiçoamento da intervenção nestes indivíduos.

Recuperação Total da Intensidade da Dor

Os resultados deste estudo mostram também que o Programa SPLIT está associado a uma probabilidade de recuperação total da intensidade da

dor (END=0) 4.1 vezes superior aos 2 meses (IC 95%: 2.2 – 7.5, $p<0.001$). Aos 2 meses, 55% dos utentes do Programa SPLIT alcança uma recuperação total da intensidade da dor (END=0), sendo 53% que a alcança aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, são 23% e 37% os que o fazem nos mesmos períodos.

Este critério clínico de melhoria, não analisado por outros estudos, indica-nos que a intervenção estratificada também proporciona melhores resultados que a prática atual na recuperação total da intensidade da dor, chegando a metade da amostra estudada aos 2 meses, mas com diferenças mínimas aos 6 meses. A recuperação total da intensidade da dor parece acompanhar a tendência da melhoria clinicamente importante na intensidade da dor, sugerindo que estes resultados estão alinhados com o curso natural da lombalgia (Menezes Costa et al., 2012).

Risco de Desenvolver Incapacidade Persistente

Os resultados do presente estudo mostram ainda que, comparativamente ao Programa SPLIT, os participantes que receberam prática usual têm 4.7 vezes mais probabilidade de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante ($RMDQ\geq 7$) aos 2 meses (IC 95%: 2.4 – 10.0, $p<0.001$) e 3.6 aos 6 meses (IC 95%: 1.9 – 6.7, $p<0.001$).

Os resultados deste estudo mostram também que aos 2 meses, 77% dos utentes do Programa SPLIT tem baixo risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante ($RMDQ<7$), sendo que a proporção sobe para 78% aos 6 meses. Dos utentes da prática atual, apenas 42% e 46%, nos mesmos períodos de tempo, obtêm o mesmo resultado.

Este critério clínico de melhoria, não analisado por outros estudos, indica-nos que a intervenção estratificada também é mais efetiva na redução do risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante, chegando a quase 4/5 da amostra estudada. A diferença entre os resultados das duas coortes parece confirmar que a intervenção estratificada direciona com êxito o tratamento ao perfil de risco identificado pela SBST, conduzindo a uma diminuição real desse risco.

Limitações do estudo

Os resultados apresentados devem ser lidos e interpretados considerando um conjunto de potenciais limitações.

A primeira limitação prende-se com o facto de este estudo não ser um ensaio clínico randomizado e controlado, não permitindo o mais alto nível de evidência de causalidade. Apesar do desenho deste estudo possibilitar a ocorrência de possíveis limitações na análise dos resultados, esta foi realizada tendo em conta as diferenças significativas observadas entre as coortes nas variáveis na *baseline*.

Outra limitação identificada refere-se ao recrutamento de utentes para o estudo, que se baseou na identificação de utentes potencialmente elegíveis por parte dos médicos de MGF, que levanta a possibilidade de ocorrência de viés de seleção.

Também se identifica uma limitação ao nível da amostra, pois devido ao seu reduzido tamanho, não é representativa da população portuguesa. Os resultados do estudo baseiam-se numa amostra retirada de um conjunto de USF/UCSP do ACES Arrábida, o que limita a extrapolação ou generalização dos resultados.

Identificam-se ainda possíveis limitações nos instrumentos de medida utilizados. Tendo em conta que parte da amostra apresenta dor crónica, o facto de alguns instrumentos autopreenchidos se reportarem a eventos no passado (como o início da dor no questionário de caracterização sociodemográfica e clínica) poderá levar a vieses de atenção, interpretação e memória relacionados com a dor (Schoth, Radhakrishnan, & Liossi, 2020). Por outro lado, as respostas no *follow-up* poderão ter sido ser excessivamente valorizadas pelos utentes, de acordo com o que pensam que os investigadores esperam encontrar ou com o que é socialmente aceite ou desejável, criando viés de cortesia. Não obstante, os instrumentos de medida foram sempre aplicados através de entrevista nos diversos momentos de avaliação e pelo mesmo investigador, de modo a homogeneizar a estratégia de recolha de dados.

Implicações do estudo

Os resultados deste estudo corroboram com os estudos do Reino Unido, que mostraram que os cuidados estratificados na lombalgia são mais efetivos que a prática atual nos CSP (Foster et al., 2014; Hill et al., 2011; Sowden et al., 2018; Whitehurst, Bryan, Lewis, Hill, & Hay, 2012). Não obstante, o facto de quase 2/3 dos utentes com lombalgia ainda apresentarem algum grau de incapacidade funcional aos 6 meses com a intervenção estratificada, revela a necessidade da realização de novos estudos que aperfeiçoem a intervenção e melhorem os resultados clínicos obtidos.

Estes resultados sugerem que podem ser prestados melhores cuidados de saúde nos CSP, com consequências diretas nos benefícios obtidos pelos utentes. Realçam ainda a importância duma prática informada pela evidência, dada a maior diferença entre práticas em Portugal, face ao Reino Unido (Duarte & Cruz, 2019; Dunn, 2004, citado por Foster et al., 2014).

Recomenda-se, assim, a adopção de cuidados estratificados conforme o Programa SPLIT na prática dos Fisioterapeutas que trabalham no contexto dos CSP.

Conclusões

A lombalgia é atualmente considerada como um problema de saúde pública, global e urgente (Buchbinder et al., 2018; Hartvigsen et al., 2018). Apesar de algumas *guidelines* já recomendarem uma gestão estratificada do risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante (Chenot et al., 2017; Foundation for Health Care Quality - Washington State Health Care Authority, 2013; NSW Agency for Clinical Innovation, 2016; UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Wambeke et al., 2017), em Portugal desconhece-se se o tratamento estratificado produzirá melhores resultados clínicos em relação à prática atual no contexto dos CSP.

Assim, este estudo foi realizado com o principal objetivo de comparar um modelo de tratamento estratificado de fisioterapia - Programa SPLIT com a prática atual ao nível da efetividade na dor, incapacidade e perceção de melhoria, aos 2 e 6 meses, em indivíduos com lombalgia que recorram aos CSP.

Os resultados obtidos mostraram que a probabilidade de um utente alcançar uma mudança clinicamente importante ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção de melhoria aos 2 e 6 meses é maior com o Programa SPLIT do que com a prática usual, estando em linha com os resultados de estudos internacionais. Esta superioridade nos resultados clínicos obtidos pelos cuidados estratificados confirma a importância das recomendações da intervenção estratificada como prioridade de implementação (Chenot et al., 2017; Foundation for Health Care Quality - Washington State Health Care Authority, 2013; NSW Agency for Clinical Innovation, 2016; UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Wambeke et al., 2017).

Os resultados deste estudo também parecem confirmar que a intervenção estratificada direciona com êxito, o tratamento aplicado ao perfil de risco identificado pela SBST, conduzindo a uma diminuição real desse risco.

Porém, o facto de quase 2/3 dos utentes com lombalgia ainda apresentarem algum grau de incapacidade funcional aos 6 meses com a

intervenção estratificada, revela a necessidade de aperfeiçoamento da intervenção nestes indivíduos.

Além disso, verificaram-se diferenças mínimas entres os resultados aos 2 e 6 meses, sendo os principais ganhos alcançados até aos 2 meses. Estes resultados sugerem que é fundamental implementar estratégia efetivas e monitorizar a evolução do utente nesta janela temporal, uma vez que após os 2 meses, a possibilidade de melhoria baixa substancialmente. Por outro lado, e considerando a elevada probabilidade de recorrência associada à lombalgia, é também essencial capacitar os utentes para a autogestão da condição, e dessa forma reduzir o impacto da condição a longo prazo e a necessidade dos utentes recorrerem de forma continuada aos serviços de saúde.

Uma vez que não é possível extrapolar os resultados para as unidades de CSP de Portugal, crê-se serem necessários estudos de maior dimensão, que permitam uma melhor fundamentação e generalização.

Por fim, acredita-se que este estudo tenha dado mais um passo no desenvolvimento de cuidados de elevada qualidade em utentes com lombalgia, podendo contribuir para o alargamento da intervenção estratificada a outras condições musculoesqueléticas não específicas, promovendo uma real mudança de paradigma na abordagem a estas condições.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/ICPC_2_4_4_VF.pdf
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., ... Zanolli, G. (2006). Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(S2), s192–s300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Almeida, M., Saragiotto, B., Richards, B., & Maher, C. G. (2018). Primary care management of non-specific low back pain: Key messages from recent clinical guidelines. *Medical Journal of Australia*, 208(6), 272–275. <https://doi.org/10.5694/mja17.01152>
- Beneciuk, J. M., & George, S. Z. (2015). Pragmatic Implementation of a Stratified Primary Care Model for Low Back Pain Management in Outpatient Physical Therapy Settings: Two-Phase, Sequential Preliminary Study. *Physical Therapy*, 95(8), 1120–1134. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140418>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., ... Turner, J. A. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384–2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
- Caeiro, C., Canhão, H., Paiva, S., Gomes, L. A., Fernandes, R., Rodrigues, A. M., ... Cruz, E. B. (2019). Interdisciplinary stratified care for low back pain: A qualitative study on the acceptability, potential facilitators and barriers to implementation. *PLoS ONE*, 14(11), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225336>

- Chenot, J.-F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pfingsten, M., & Schorr, S. G. (2017). Non-Specific Low Back Pain. *Deutsches Aerzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>
- Cherkin, D., Balderson, B., Brewer, G., Cook, A., Estlin, K. T., Evers, S. C., ... Yeoman, J. (2016). Evaluation of a risk-stratification strategy to improve primary care for low back pain: The MATCH cluster randomized trial protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1219-0>
- Cherkin, D., Balderson, B., Wellman, R., Hsu, C., Sherman, K. J., Evers, S. C., ... Foster, N. E. (2018). Effect of Low Back Pain Risk-Stratification Strategy on Patient Outcomes and Care Processes: the MATCH Randomized Trial in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1324–1336. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4468-9>
- Childs, J. D., Piva, S. R., & Fritz, J. M. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*, 30(11), 1331–1334. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000164099.92112.29>
- Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2018). Pareceres de Ética de Investigação. Retrieved July 14, 2019, from <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/965>
- Cruz, E., Caeiro, C., Fernandes, R., & Gomes, L. (2018). *SPLIT - Intervenção Estratificada de Fisioterapia para Indivíduos com Lombalgia*. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Direção-Geral da Saúde, & Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Retrieved from <http://www.healthdata.org/policy-report/portugal-nation's-health-1990-2016>
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A., & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 37(4), 378–381. <https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378>

- Duarte, B., & Cruz, E. (2019). *Avaliação e Tratamento da Lombalgia nos Cuidados de Saúde Primários : Projeto SPLIT*.
- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., ... Woolf, A. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), 2368–2383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
- Foster, N. E., Hill, J. C., Doyle, C., & Young, J. (2014). Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back). *Annals of Family Medicine*, 12(2), 102–111. <https://doi.org/10.1370/afm.1625>
- Foster, N. E., Hill, J. C., O’Sullivan, P., & Hancock, M. (2013). Stratified models of care. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 27(5), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.10.005>
- Foster, N. E., Mullis, R., Young, J., Doyle, C., Lewis, M., Whitehurst, D., & Hay, E. M. (2010). IMPACT back study protocol. Implementation of subgrouping for targeted treatment systems for low back pain patients in primary care: A prospective population-based sequential comparison. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-186>
- Foundation for Health Care Quality - Washington State Health Care Authority. (2013). Bree Collaborative: Spine/Low Back Pain Topic. Report & Recommendations, (November). Retrieved from http://www.breecollaborative.org/wp-content/uploads/spine_lbp.pdf
- Freitas, P., Pires, D., Nunes, C., & Cruz, E. B. (2019). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the European Portuguese version of the Global Perceived Effect Scale in patients with chronic low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1648568>
- Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhão, H., & Branco, J. C. (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 36(2), 183–197. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>

- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hay, E. M., Dunn, K. M., Hill, J. C., Lewis, M., Mason, E. E., Konstantinou, K., ... Main, C. J. (2008). A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-58>
- Hill, J. C., Dunn, K. M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C. J., Foster, N. E., & Hay, E. M. (2008). A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Care and Research*, 59(5), 632–641. <https://doi.org/10.1002/art.23563>
- Hill, J. C., Whitehurst, D. G. T., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., ... Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802), 1560–1571.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9)
- Hingorani, A. D., Riley, R. D., Abrams, K., Moons, K. G. M., Steyerberg, E. W., Schroter, S., ... Hemingway, H. (2013). Prognosis research strategy (PROGRESS) 4 : Stratified medicine research, 5793(February), 1–9.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e5793>
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002>
- Hoy, Damian, Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., ... Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, 64(6), 2028–2037.
<https://doi.org/10.1002/art.34347>
- Hush, J. M., Kamper, S. J., Stanton, T. R., Ostelo, R., & Refshauge, K. M. (2012). Standardized measurement of recovery from nonspecific back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 849–855.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.11.035>

- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Itz, C. J., Geurts, J. W., Van Kleef, M., & Nelemans, P. (2012). Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 17(1), 5–15. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x>
- Jordan, K., Dunn, K. M., Lewis, M., & Croft, P. (2006). A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.03.018>
- Kamper, S. J., Maher, C. G., & Mackay, G. (2009). Global Rating of Change Scales: A Review of Strengths and Weaknesses and Considerations for Design. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 17(3), 163–170. <https://doi.org/10.1179/jmt.2009.17.3.163>
- Koes, B. W., van Tulder, M. W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332(7555), 1430–1434. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>
- Kovacs, F. M., Fernández, C., Cordero, A., Muriel, A., González-Luján, L., & Gil Del Real, M. T. (2006). Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: A prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC Health Services Research*, 6, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-57>
- Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 21(1), 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>
- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736–747. <https://doi.org/10.1016/S0140->

- Martins, V., & Cruz, E. (2020). Contributo para a validação do STarT Back 9-item Screening Tool para a População Portuguesa com Dor Lombar.
- Menezes Costa, L. d. C., Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. P. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(11), E613–E624. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111271>
- Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., & Hipólito, J. (2010). Roland Morris disability questionnaire - adaptation and validation for the Portuguese speaking patients with back pain. *Acta Medica Portuguesa*, 23(5), 761–766. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/728>
- Moons, K. G. M., Altman, D. G., Vergouwe, Y., & Royston, P. (2009). Prognosis and prognostic research: Application and impact of prognostic models in clinical practice. *British Medical Journal*, 338(7709), 1487–1490. <https://doi.org/10.1136/bmj.b606>
- Morso, L., Schiøttz-Christensen, B., Søndergaard, J., de Vos Andersen, N. B., Pedersen, F., Olsen, K. R., ... Christiansen, D. H. (2018). The effectiveness of a stratified care model for non-specific low back pain in Danish primary care compared to current practice: Study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2685-5>
- Murphy, S., Blake, C., Power, C., & Fullen, B. (2014). Outcomes of a group education/exercise intervention in a population of patients with non-specific low back pain: A 3-year review. *Irish Journal of Medical Science*, 183(3), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s11845-013-1013-z>
- Murphy, S., Blake, C., Power, C., & Fullen, B. (2016). Comparison of a Stratified Group Intervention (STarT Back) with Usual Group Care in Patients with Low Back Pain: A Nonrandomized Controlled Trial. *Spine*, 41(8), 645–652. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001305>

- NSW Agency for Clinical Innovation. (2016). *Management of people with acute low back pain Musculoskeletal Network MODEL OF CARE*. Retrieved from www.aci.health.nsw.gov.au
- Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korf, M., ... de Vet, H. C. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94. <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e31815e3a10>
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- Raimundo, A., Parraca, J., Batalha, N., Tomas-Carus, P., Branco, J., Hill, J., & Gusi, N. (2017). Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool» (SBST). *Acta Reumatologica Portuguesa*, 42(1), 38–46. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/316215507>
- Reneman, M. F., Jorritsma, W., Schellekens, J. M. H., & Göeken, L. N. H. (2002). Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 119–129. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12228943>
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland – Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(24), 1994. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00006>
- Schoth, D. E., Radhakrishnan, K., & Liossi, C. (2020). A systematic review with subset meta-analysis of studies exploring memory recall biases for pain-related information in adults with chronic pain. *PAIN Reports*, 5(2), e816. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000816>
- Sowden, G., Hill, J. C., Morso, L., Louw, Q., & Foster, N. E. (2018). Advancing practice for back pain through stratified care (STarT Back). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(4), 255–264. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.06.003>

- Steenstra, I. A., Verbeek, J. H., Heymans, M. W., & Bongers, P. M. (2005). Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: A systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(12), 851–860.
<https://doi.org/10.1136/oem.2004.015842>
- Stratford, P. W., Binkley, J., Solomon, P., Finch, E., Gill, C., & Moreland, J. (1996). Defining the minimum level of detectable change for the roland morris questionnaire. *Physical Therapy*, 76(4), 359–365.
<https://doi.org/10.1093/ptj/76.4.359>
- Strong, J., Ashton, R., & Chant, D. (1991). Pain Intensity Measurement in Chronic Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 7(3), 209–218.
<https://doi.org/10.1097/00002508-199109000-00007>
- Traeger, A., Buchbinder, R., Harris, I., & Maher, C. (2017). Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *Cmaj*, 189(45), E1386–E1395. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170527>
- Traeger, A. C., Buchbinder, R., Elshaug, A. G., Croft, P. R., & Maher, C. G. (2019). Care for low back pain: can health systems deliver? *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 423–433.
<https://doi.org/10.2471/BLT.18.226050>
- UK National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Low back pain and sciatica in over 16s. Retrieved from <http://nice.org.uk/guidance/ng59>
- Van Der Windt, D., Hay, E., Jellema, P., & Main, C. (2008). Psychosocial interventions for low back pain in primary care: Lessons learned from recent trials. *Spine*, 33(1), 81–89.
<https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e39f9>
- Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Del Real, M. T. G., Hutchinson, A., ... Malmivaara, A. (2006). Chapter 3: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(SUPPL. 2), 169–191.
<https://doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>
- Wambeke, P., Desomer, A., Ailliet, L., & Demoulin, C. (2017). Low Back Pain

and Radicular Pain: Assessment and Management. Retrieved from
<https://kce.fgov.be>

Whitehurst, D. G. T., Bryan, S., Lewis, M., Hill, J., & Hay, E. M. (2012).
Exploring the cost-utility of stratified primary care management for low
back pain compared with current best practice within risk-defined
subgroups. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71(11), 1796–1802.
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200731>

Apêndice A

Tabela-síntese de estudos com intervenção estratificada

Tabela 7. Síntese de estudos com intervenção estratificada

Primeiro autor (ano); país; local da recolha de dados	Desenho do estudo e <i>follow-up</i>	Crítérios de inclusão e exclusão/ Características da amostra	Intervenção Controle	Crítérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Hill (2011); Inglaterra; Cuidados de saúde primários	RCT 4 meses e 12 meses	N=851; 59% mulheres; idade média 50 anos; 26% baixo risco; 46% médio risco; 28% elevado risco	Grupo de controlo: avaliação e intervenção de 30 min que incluía aconselhamento e exercícios, com a opção de serem referidos para mais fisioterapia.	Resultados de sucesso: Mudança de pelo menos 30% no resultado da <i>Roland Morris Disability Questionnaire</i> (resultado primário)	<p>Aos 4 meses 69% do grupo de intervenção tem o considerado ser bom resultado e 56% do grupo de controlo atinge o mesmo objetivo. Aos 12 meses 65% do grupo de intervenção tem bom resultado e no grupo de controlo essa percentagem é de 57%.</p> <p>Ainda na incapacidade, a diferença média na RMDQ aos 4 meses foi de 1.81 (IC 95%: 1.06 – 2.57, $p<0.0001$) e aos 12 meses de 1.06 (IC 95%: 0.25 – 1.86), $p=0.0095$).</p> <p>Na dor, a diferença média na END aos 4 meses foi de 0.55 (IC 95%: 0.23 – 0.86, $p=0.0005$) e aos 12 meses de 0.11 (IC 95%: -0.21 – 0.43) $p=0.5002$)</p> <p>Ao nível da perceção de melhoria, um utente com intervenção estratificada teve 1.55 (IC 95%: 1.16 – 2.07, $p=0.0032$) maior probabilidade de se sentir muito melhor aos 4 meses do que um utente com intervenção usual. Aos 12 meses esse rácio de possibilidades foi de 1.23 (IC 95% 0.95 – 1.60, $p= 0.1104$).</p>

Foster (2014); Inglaterra; Cuidados de saúde primários	Estudo de coorte prospectivo sequencial 6 meses	N=922; Coorte 1 - 55% mulheres; Idade média 53 anos. Coorte 2 - 60% mulheres; idade média 54.1 anos	Coorte 1: tratamento usual (por parte dos médicos de MGF): avaliação, aconselhamento, medicação, baixa médica e referência para exames ou outros tratamentos (fisioterapeutas na comunidade ou médicos especialistas)	Resultados de sucesso: Mudança de pelo menos 30% no resultado da <i>Roland Morris Disability Questionnaire</i> (resultado primário)	Na segunda coorte, 47% dos utentes tem o considerado ser bom resultado face a 42% dos utentes da primeira coorte. A mudança na incapacidade, aos 6 meses, foi significativamente melhor com o tratamento estratificado do que com o tratamento usual, com DM=0.7 (IC 95%: 0.1 – 1.4, $p=0.03$) entre as coortes 1 e 2 e OR=1.24 (IC 95%: 0.92 – 1.67, $p=0.15$). Na dor, a DM na END aos 6 meses foi de 0.29 (IC 95%: - 0.05 – 0.63, $p=0.09$). Ao nível da percepção de melhoria, um utente com intervenção estratificada teve 1.22 (IC 95%: 0.93 – 1.59, $p=0.16$) maior probabilidade de se sentir completamente recuperado aos 6 meses do que um utente com intervenção usual.
Beneciuk (2015); EUA; Clínicas de fisioterapia em ambulatório	Estudo preliminar sequencial com duas fases 4 semanas	N=109 64% mulheres; idade média: 46.2 anos;	Grupo de controlo: tratamento usual	Resultados de sucesso: Mudança de pelo menos 30% no resultado da Escala Numérica da Dor e da <i>Oswestry Disability Index</i> (resultados primários)	Diferença inter-grupos na END de 0.8 (IC 95%: 0.1 – 1.5), e na incapacidade, com uma diferença inter-grupos na ODI de 8.9 (IC 95%: 4.1 – 13.6), quando comparados com os utentes que receberam a prática habitual. A nível da dor, 47.8% dos utentes que receberam cuidados estratificados alcançaram a DMCI face a 21.2% dos utentes que receberam a prática

habitual (RR=2.25, IC 95%: 1.11 – 4.55, $p=0.010$). Também na incapacidade houve uma maior proporção de utentes que receberam a intervenção estratificada a alcançar a DMCI, com 61.2%, comparado com 33.3% dos utentes que usufruíram da prática habitual (RR=1.84, IC 95% 1.10 – 3.98, $p=0.009$).

Murphy (2016); Irlanda; Cuidados de saúde primários	Ensaio clínico não randomizado 3 meses	N=881 Grupo controlo: 73% mulheres, idade média 43.1 Grupo de intervenção: 68% mulheres, idade média 43.3	Grupo de controlo: intervenção genérica em grupos de 8 a 10 pessoas, em 4 sessões de 90 minutos de exercícios e educação, numa perspectiva biopsicossocial, incluindo mensagens positivas baseadas na evidência sobre a gestão da sua condição, aconselhamento ergonómico genérico e promoção da atividade física.	Não tem	Os cuidados estratificados em executados em grupo demonstraram superioridade na incapacidade do grupo de elevado risco, com uma DM na RMDQ de 1.9 (tamanho do efeito de 0.34, $p=0.031$) relativamente ao grupo controlo não estratificado. Sem diferenças estatisticamente significativas na incapacidade dos grupos de médio ($p=0.125$) e baixo risco ($p=0.993$). Os cuidados estratificados foram melhores globalmente na dor, com uma diferença média estatisticamente significativa de 0.54 ($p=0.015$) na Escala Visual Analógica (EVA), assim como no grupo de médio risco (diferença média=0.77, $p=0.007$), mas não ocorreram sem diferenças estatisticamente significativas na dor dos grupos de elevado ($p=0.110$) e
---	--	---	--	---------	--

baixo risco ($p=0.57$). Na percepção de melhoria, numa escala auto-administrada de 6 pontos (pior, sem alterações, menos que 25% melhor, entre 25% a 50% melhor, 51% a 75% melhor e mais que 75% melhor), houve uma diferença significativa nas proporções globalmente ($\chi^2=43.6$, 5 graus de liberdade, $p=0.001$) com alterações mais notórias na categoria “mais que 75% melhor”, assinalada por 42% dos utentes que obtiveram cuidados estratificados, face a 20% dos utentes sem esses cuidados, que também classificaram a sua melhoria com essa categoria.

Cherkin (2018); EUA; Cuidados de saúde primários	Ensaio clínico pragmático randomizado por <i>cluster</i> 6 meses	N=1701 Grupo controlo: 54.2% mulheres, idade média 55 Grupo de intervenção: 58.3% mulheres, idade média 58	Grupo de controlo: tratamento usual	Não tem	6 meses Incapacidade funcional: DM na RMDQ de 0,50 (IC 95%: -0.55 – 1.55, $p=0.349$) Intensidade da dor: DM na END de 0.13 (IC 95%: -0.37 – 0.63, $p=0.61$) Percepção de melhoria: completamente recuperado ou muito melhor, OR=0.91 (IC 95%: 0.44 – 1.89, $p=0.810$).
--	--	--	-------------------------------------	---------	--

Legenda: RR – risco relativo, OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança, DM – diferença média

Apêndice B

Consentimento Informado da Coorte 1



Uma parceria do ARS LVT (ACES Arrábida), Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal e Nova Medical School| Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

FOLHETO INFORMATIVO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO- UTENTES- COORTE 1

Folheto Informativo

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Apresentação do estudo: Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade do tratamento que é prestado aos utentes com um episódio de dor lombar aguda ou subaguda que recorrem ao Médico de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde Familiar do ACES Arrábida. Queremos conhecer quais são os procedimentos usuais do seu Médico, nomeadamente que tipo de exames solicita, qual a medicação prescrita e se o referencia para algum tipo de tratamento. Queremos também saber como evolui a sua condição.

POR QUE FUI CONVIDADO(A)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico lhe diagnosticou dor lombar/ lombalgia aguda ou subaguda. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será sempre realizado de acordo com a decisão do seu médico.

O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda que nada no seu tratamento será alterado. Todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição de dor lombar. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a

repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunicá-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: splitproject@gmail.com. Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar,

ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Miguel Antunes Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Enquadramento: Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Fui convidado para participar num estudo que pretende avaliar os resultados clínicos e o custo-efetividade do tratamento que me é prestado.
2. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo, foi-me dado tempo para refletir, e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
3. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
4. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

² <http://dre.wt/pdf/sdin/2001/01/002A00/00140036.pdf>

de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

5. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/ subaguda.
6. Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.
7. Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Confirmo que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

Investigador responsável pelo estudo

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura:

Data: /..... /.....

Apêndice C

Consentimento Informado da Coorte 2



Uma parceria do ARS LVT (ACES Arrábida), Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal e Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Folheto Informativo

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Apresentação do estudo: Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade de uma nova abordagem de tratamento da sua dor lombar, baseada nas suas características específicas e nas características da sua dor. Queremos saber como evolui a dor e a interferência da dor nas atividades habituais ou no trabalho, em resposta a três abordagens diferentes no tratamento de fisioterapia.

POR QUE FUI CONVIDADO(A)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico o referenciou para Fisioterapia para tratamento da sua dor lombar/ lombalgia. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será realizado de acordo com a decisão do seu médico.

O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição dor lombar para definir qual o tipo de tratamento de fisioterapia que irá receber. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

De seguida, e de acordo com a sua resposta a um dos questionários será encaminhado para tratamento de Fisioterapia, onde irá realizar o tipo de tratamento que melhor se adequa às suas características e às características da sua dor lombar. Consoante o seu grau de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, o tratamento pode ser constituído por: 1) uma sessão

de avaliação e aconselhamento; 2) **ou** até 6 sessões de aconselhamento, terapia manual e exercício; 3) **ou** até 12 sessões de educação e exercício.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunica-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: splitproject@gmail.com. Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar, ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Nome, Fisioterapeuta do ACES Arrábida.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Enquadramento: Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
2. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
3. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

¹ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

² <http://dre.pt/pdfIsdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Apêndice D

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica



Uma parceria do ARS LVT (ACES Arrábida), Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal e Nova Medical School| Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Centro de Saúde/ Unidade Saúde Familiar: _____

Nº de Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo Investigador colaborador): _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOR LOMBAR

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções)

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções)

Ensino Primário ou inferior ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) ☐ Ensino Superior completo ☐

7. Qual é sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar ☐ Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐ Doméstico(a) ☐

DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

0-2 semanas ☐ 2-4 semanas ☐ 4-8 semanas ☐ 8-12 semanas ☐

> 3 meses ☐ > 3 meses e < 7 meses ☐ > 7 meses e < 3 anos ☐ < 3 anos ☐

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim ☐ Não ☐
Se sim, Uma ☐ Ambas ☐

11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique qual _____

12. Está ausente do seu trabalho devido à sua Dor Lombar?

Sim ☐ Não ☐

13. Está de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc.) devido à sua Dor Lombar?

Sim ☐ Não ☐

14. Desde o início do seu episódio de dor lombar considera que está? (escolha uma das seguintes opções)

Muito melhor ☐ Melhor ☐ Na mesma ☐ Pior ☐ Muito Pior ☐

15. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor AGORA.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Apêndice E

Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Idade	,113	207	,000
END no Momento T0	,122	207	,000
RMDQ T0	,085	207	,001
END no Momento T1	,231	207	,000
RMDQ T1	,175	207	,000
GBRS T1	,243	207	,000
END no Momento T2	,259	207	,000
RMDQ T2	,164	207	,000
GBRS T2	,244	207	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Apêndice F

Resultados da ANOVA de Friedman

Coorte = Coorte 1

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distributions of END no Momento T0, END no Momento T1 and END no Momento T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000

Hypothesis Test Summary

	Decision
1	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks

END no Momento T0, END no Momento T1, END no Momento T2

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks Summary

Total N	103
Test Statistic	25,099
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
END no Momento T2- END no Momento T1	,223	,139	1,602	,109	,327
END no Momento T2- END no Momento T0	,621	,139	4,459	,000	,000
END no Momento T1- END no Momento T0	,398	,139	2,857	,004	,013

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Coorte = Coorte 2

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distributions of END no Momento T0, END no Momento T1 and END no Momento T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000

Hypothesis Test Summary

	Decision
1	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks

END no Momento T0, END no Momento T1, END no Momento T2

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks Summary

Total N	104
Test Statistic	64,521
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
END no Momento T1- END no Momento T2	-,144	,139	-1,040	,298	,895
END no Momento T1- END no Momento T0	,952	,139	6,864	,000	,000
END no Momento T2- END no Momento T0	,808	,139	5,824	,000	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Coorte = Coorte 1

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distributions of RMDQ T0, RMDQ T1 and RMDQ T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000

Hypothesis Test Summary

	Decision
1	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks

RMDQ T0, RMDQ T1, RMDQ T2

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks Summary

Total N	103
Test Statistic	25,164
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
RMDQ T2-RMDQ T1	,155	,139	1,115	,265	,795
RMDQ T2-RMDQ T0	,646	,139	4,633	,000	,000
RMDQ T1-RMDQ T0	,490	,139	3,519	,000	,001

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Coorte = Coorte 2

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.
1	The distributions of RMDQ T0, RMDQ T1 and RMDQ T2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000

Hypothesis Test Summary

	Decision
1	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks

RMDQ T0, RMDQ T1, RMDQ T2

Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks Summary

Total N	104
Test Statistic	91,219
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Pairwise Comparisons

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
RMDQ T1-RMDQ T2	-,062	,139	-,451	,652	1,000
RMDQ T1-RMDQ T0	1,106	,139	7,974	,000	,000
RMDQ T2-RMDQ T0	1,043	,139	7,523	,000	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Apêndice G

Resultados da análise da regressão logística binária univariada

Tabela 8. Resultado da análise da regressão logística binária univariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 2 meses

Variável	DMCI END			DMCI RMDQ			RMDQ ≥ 7			MMCI GPES			END = 0			RMDQ = 0		
	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>
Coorte 1 ^a	1			1			1			1			1			1		
Coorte 2	3.37	[1.94 - 5.94]	<0.001	3.37	[1.92 - 5.93]	<0.001	0.21	[0.12 - 0.37]	<0.001	2.78	[1.59 - 4.88]	<0.001	3.94	[2.23 - 6.95]	<0.001	3.45	[1.65 - 7.25]	0.001

Legenda: OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança, a – classe de referência

Tabela 9. Resultado da análise da regressão logística binária univariada para os critérios clínicos de melhoria, recuperação e incapacidade persistente aos 6 meses

Variável	DMCI END			DMCI RMDQ			RMDQ ≥ 7			MMCI GPES			END = 0			RMDQ = 0		
	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>
Coorte 1 ^a	1			1			1			1			1			1		
Coorte 2	1.38	[0.79 - 2.41]	0.257	2.61	[1.46 - 4.66]	0.001	0.23	[0.17 - 1.17]	<0.001	2.22	[1.25 - 3.95]	0.007	1.73	[1.00 - 3.01]	0.051	3.56	[1.71 - 7.39]	0.001

Legenda: OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança, a – classe de referência

Apêndice H

Resultados da regressão logística binária multivariada

DMCI END T1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,741	,341	26,029	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,268	,335	14,351	1	,000
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,210	,333	,398	1	,528
	END no Momento T0	,229	,078	8,705	1	,003
	RMDQ T0	-,043	,032	1,794	1	,180
	Constant	-1,413	,523	7,306	1	,007
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,698	,333	26,008	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,224	,327	14,039	1	,000
	END no Momento T0	,230	,077	8,852	1	,003
	RMDQ T0	-,038	,031	1,487	1	,223
	Constant	-1,536	,488	9,909	1	,002
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,715	,331	26,790	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,160	,319	13,227	1	,000
	END no Momento T0	,181	,066	7,635	1	,006
	Constant	-1,714	,466	13,529	1	,000

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	
Step 1 ^a	Coorte(1)	5,704	2,922	11,134
	Classificação da Dor Lombar(1)	3,552	1,844	6,844
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,810	,422	1,557
	END no Momento T0	1,257	1,080	1,463
	RMDQ T0	,958	,899	1,020
	Constant	,243		
Step 2 ^a	Coorte(1)	5,465	2,845	10,498
	Classificação da Dor Lombar(1)	3,400	1,793	6,450
	END no Momento T0	1,259	1,082	1,465
	RMDQ T0	,963	,906	1,023
	Constant	,215		
Step 3 ^a	Coorte(1)	5,558	2,903	10,642
	Classificação da Dor Lombar(1)	3,189	1,707	5,957
	END no Momento T0	1,199	1,054	1,364
	Constant	,180		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

DMCI RMDQ T1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,527	,323	22,316	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,832	,316	6,928	1	,008
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,432	,328	1,738	1	,187
	END no Momento T0	-,013	,074	,031	1	,860
	RMDQ T0	,021	,032	,433	1	,510
	Constant	-,536	,481	1,241	1	,265
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,533	,322	22,700	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,836	,316	7,008	1	,008
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,430	,327	1,723	1	,189
	RMDQ T0	,018	,027	,443	1	,506
	Constant	-,571	,440	1,688	1	,194
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,507	,319	22,368	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,870	,312	7,790	1	,005
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,497	,311	2,553	1	,110
	Constant	-,339	,265	1,635	1	,201
Step 4 ^a	Coorte(1)	1,370	,302	20,540	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,771	,303	6,474	1	,011
	Constant	-,452	,255	3,155	1	,076

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	4,604	2,444	8,675
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,299	1,237	4,272
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,649	,342	1,234
	END no Momento T0	,987	,854	1,141
	RMDQ T0	1,021	,960	1,087
	Constant	,585		
Step 2 ^a	Coorte(1)	4,631	2,465	8,699
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,306	1,242	4,282
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,651	,343	1,236
	RMDQ T0	1,018	,966	1,073
	Constant	,565		
Step 3 ^a	Coorte(1)	4,513	2,417	8,428
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,388	1,296	4,399
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,608	,331	1,119
	Constant	,713		
Step 4 ^a	Coorte(1)	3,936	2,176	7,119
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,163	1,194	3,918
	Constant	,636		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

RMDQ \geq 7 T1

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	,203	,103	,398
	Classificação da Dor Lombar(1)	,488	,244	,974
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,340	,673	2,667
	END no Momento T0	1,004	,861	1,169
	RMDQ T0	1,209	1,123	1,301
	Constant	,174		
Step 2 ^a	Coorte(1)	,202	,104	,395
	Classificação da Dor Lombar(1)	,487	,245	,969
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,339	,673	2,666
	RMDQ T0	1,210	1,133	1,291
	Constant	,175		
Step 3 ^a	Coorte(1)	,214	,111	,411
	Classificação da Dor Lombar(1)	,522	,268	1,016
	RMDQ T0	1,200	1,128	1,278
	Constant	,205		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	,203	,103	,398
	Classificação da Dor Lombar(1)	,488	,244	,974
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,340	,673	2,667
	END no Momento T0	1,004	,861	1,169
	RMDQ T0	1,209	1,123	1,301
	Constant	,174		
Step 2 ^a	Coorte(1)	,202	,104	,395
	Classificação da Dor Lombar(1)	,487	,245	,969
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,339	,673	2,666
	RMDQ T0	1,210	1,133	1,291
	Constant	,175		
Step 3 ^a	Coorte(1)	,214	,111	,411
	Classificação da Dor Lombar(1)	,522	,268	1,016
	RMDQ T0	1,200	1,128	1,278
	Constant	,205		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

MMCI GPES T1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,210	,314	14,839	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,856	,314	7,424	1	,006
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,011	,322	,001	1	,972
	END no Momento T0	-,017	,073	,052	1	,819
	RMDQ T0	,014	,032	,206	1	,650
	Constant	-,441	,479	,850	1	,356
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,212	,309	15,402	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,859	,306	7,849	1	,005
	END no Momento T0	-,017	,073	,053	1	,818
	RMDQ T0	,014	,030	,211	1	,646
	Constant	-,435	,440	,975	1	,323
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,220	,307	15,791	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,864	,306	7,982	1	,005
	RMDQ T0	,010	,025	,160	1	,689
	Constant	-,479	,397	1,453	1	,228
Step 4 ^a	Coorte(1)	1,198	,302	15,774	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,877	,304	8,300	1	,004
	Constant	-,357	,253	1,988	1	,159

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	3,354	1,812	6,208
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,354	1,272	4,358
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,011	,538	1,903
	END no Momento T0	,983	,852	1,135
	RMDQ T0	1,014	,954	1,079
	Constant	,643		
Step 2 ^a	Coorte(1)	3,361	1,835	6,156
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,360	1,294	4,302
	END no Momento T0	,983	,852	1,134
	RMDQ T0	1,014	,955	1,077
	Constant	,647		
Step 3 ^a	Coorte(1)	3,387	1,856	6,183
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,372	1,303	4,318
	RMDQ T0	1,010	,961	1,062
	Constant	,620		
Step 4 ^a	Coorte(1)	3,312	1,834	5,981
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,403	1,323	4,363
	Constant	,700		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

END=0 T1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,473	,321	21,071	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,803	,314	6,527	1	,011
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,487	,327	2,221	1	,136
	END no Momento T0	-,099	,073	1,823	1	,177
	RMDQ T0	-,046	,031	2,177	1	,140
	Constant	-,414	,486	,727	1	,394
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,505	,319	22,280	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,821	,313	6,880	1	,009
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,455	,325	1,959	1	,162
	RMDQ T0	-,067	,027	6,103	1	,013
	Constant	-,689	,444	2,410	1	,121
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,406	,307	20,927	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,721	,303	5,683	1	,017
	RMDQ T0	-,055	,026	4,647	1	,031
	Constant	-,927	,410	5,107	1	,024

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	4,364	2,326	8,185
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,231	1,205	4,130
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,614	,324	1,166
	END no Momento T0	,906	,784	1,046
	RMDQ T0	,955	,899	1,015
	Constant	,661		
Step 2 ^a	Coorte(1)	4,505	2,411	8,418
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,272	1,231	4,194
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,635	,336	1,200
	RMDQ T0	,935	,887	,986
	Constant	,502		
Step 3 ^a	Coorte(1)	4,082	2,234	7,457
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,057	1,137	3,723
	RMDQ T0	,946	,900	,995
	Constant	,396		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

RMDQ=0 T1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,297	,407	10,173	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	,924	,371	6,197	1	,013
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,120	,388	,096	1	,756
	END no Momento T0	-,103	,088	1,374	1	,241
	RMDQ T0	-,020	,037	,279	1	,597
	Constant	-1,960	,625	9,838	1	,002
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,273	,399	10,180	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	,900	,363	6,159	1	,013
	END no Momento T0	-,101	,088	1,327	1	,249
	RMDQ T0	-,017	,036	,220	1	,639
	Constant	-2,031	,583	12,149	1	,000
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,297	,397	10,689	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	,887	,362	6,011	1	,014
	END no Momento T0	-,122	,075	2,640	1	,104
	Constant	-2,125	,550	14,956	1	,000

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	3,657	1,648	8,112
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,521	1,217	5,219
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,886	,414	1,898
	END no Momento T0	,902	,759	1,072
	RMDQ T0	,981	,912	1,054
	Constant	,141		
Step 2 ^a	Coorte(1)	3,572	1,634	7,809
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,460	1,208	5,009
	END no Momento T0	,904	,761	1,073
	RMDQ T0	,983	,916	1,055
	Constant	,131		
Step 3 ^a	Coorte(1)	3,657	1,681	7,955
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,427	1,195	4,931
	END no Momento T0	,885	,764	1,026
	Constant	,119		

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 4 ^a	Coorte(1)	1,414	,391	13,048	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	,913	,360	6,434	1	,011
	Constant	-2,768	,410	45,655	1	,000

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 4 ^a	Coorte(1)	4,112	1,909	8,856
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,492	1,231	5,046
	Constant	,063		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

DMCI END T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	,334	,305	1,200	1	,273
	Classificação da Dor Lombar(1)	,444	,307	2,097	1	,148
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,249	,321	,600	1	,439
	END no Momento T0	-,121	,075	2,628	1	,105
	RMDQ T0	,048	,032	2,275	1	,132
	Constant	,015	,473	,001	1	,975
Step 2 ^a	Coorte(1)	,376	,300	1,567	1	,211
	Classificação da Dor Lombar(1)	,493	,300	2,691	1	,101
	END no Momento T0	-,124	,075	2,752	1	,097
	RMDQ T0	,042	,031	1,850	1	,174
	Constant	,167	,430	,151	1	,698
Step 3 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	,438	,296	2,199	1	,138
	END no Momento T0	-,135	,074	3,318	1	,069
	RMDQ T0	,039	,031	1,627	1	,202
	Constant	,462	,362	1,626	1	,202
Step 4 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	,493	,292	2,856	1	,091
	END no Momento T0	-,080	,059	1,821	1	,177
	Constant	,609	,343	3,155	1	,076
Step 5 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	,487	,290	2,807	1	,094
	Constant	,223	,186	1,438	1	,230

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)		
		Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,397	,768	2,539
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,560	,855	2,846
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,282	,683	2,407
	END no Momento T0	,886	,765	1,026
	RMDQ T0	1,049	,986	1,117
	Constant	1,015		
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,456	,809	2,622
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,637	,908	2,950
	END no Momento T0	,883	,763	1,023
	RMDQ T0	1,043	,982	1,108
	Constant	1,182		
Step 3 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	1,550	,868	2,767
	END no Momento T0	,874	,755	1,010
	RMDQ T0	1,040	,979	1,104
	Constant	1,586		
Step 4 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	1,638	,924	2,902
	END no Momento T0	,923	,821	1,037
	Constant	1,839		
Step 5 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	1,627	,921	2,874
	Constant	1,250		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

DMCI RMDQ T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,052	,321	10,734	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	,532	,322	2,738	1	,098
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,222	,335	,442	1	,506
	END no Momento T0	-,154	,079	3,848	1	,050
	RMDQ T0	,073	,034	4,682	1	,030
	Constant	-,395	,488	,656	1	,418
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,087	,317	11,783	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	,576	,315	3,353	1	,067
	END no Momento T0	-,157	,079	3,979	1	,046
	RMDQ T0	,067	,033	4,272	1	,039
	Constant	-,259	,441	,344	1	,557

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	2,862	1,526	5,370
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,702	,906	3,197
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,249	,648	2,406
	END no Momento T0	,857	,734	1,000
	RMDQ T0	1,076	1,007	1,149
	Constant	,674		
Step 2 ^a	Coorte(1)	2,967	1,594	5,520
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,779	,960	3,296
	END no Momento T0	,855	,732	,997
	RMDQ T0	1,070	1,003	1,140
	Constant	,772		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

RMDQ \geq 7 T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	-1,357	,340	15,922	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	-,539	,350	2,370	1	,124
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,576	,346	2,766	1	,096
	END no Momento T0	,055	,079	,486	1	,486
	RMDQ T0	,089	,035	6,464	1	,011
	Constant	-,762	,511	2,221	1	,136
Step 2 ^a	Coorte(1)	-1,381	,338	16,647	1	,000
	Classificação da Dor Lombar(1)	-,561	,349	2,591	1	,107
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,582	,346	2,834	1	,092
	RMDQ T0	,102	,031	11,074	1	,001
	Constant	-,612	,462	1,757	1	,185
Step 3 ^a	Coorte(1)	-1,265	,326	15,079	1	,000
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	-,698	,337	4,284	1	,038
	RMDQ T0	,091	,030	9,564	1	,002
	Constant	-,728	,453	2,586	1	,108

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	,257	,132	,501
	Classificação da Dor Lombar(1)	,583	,294	1,159
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,562	,285	1,108
	END no Momento T0	1,056	,905	1,232
	RMDQ T0	1,094	1,021	1,172
	Constant	,467		
Step 2 ^a	Coorte(1)	,251	,129	,488
	Classificação da Dor Lombar(1)	,571	,288	1,130
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,559	,284	1,100
	RMDQ T0	1,107	1,043	1,175
	Constant	,542		
Step 3 ^a	Coorte(1)	,282	,149	,534
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,497	,257	,964
	RMDQ T0	1,096	1,034	1,161
	Constant	,483		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

MMCI GPES T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	,848	,323	6,885	1	,009
	Classificação da Dor Lombar(1)	,680	,327	4,324	1	,038
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,411	,339	1,472	1	,225
	END no Momento T0	-,215	,081	6,940	1	,008
	RMDQ T0	,082	,035	5,614	1	,018
	Constant	-,198	,493	,161	1	,688
Step 2 ^a	Coorte(1)	,912	,319	8,180	1	,004
	Classificação da Dor Lombar(1)	,760	,321	5,619	1	,018
	END no Momento T0	-,219	,082	7,223	1	,007
	RMDQ T0	,072	,033	4,607	1	,032
	Constant	,054	,446	,014	1	,904

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	2,335	1,239	4,400
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,974	1,040	3,749
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,509	,776	2,932
	END no Momento T0	,807	,688	,947
	RMDQ T0	1,085	1,014	1,161
	Constant	,820		
Step 2 ^a	Coorte(1)	2,489	1,332	4,650
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,138	1,141	4,007
	END no Momento T0	,803	,684	,942
	RMDQ T0	1,074	1,006	1,147
	Constant	1,055		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

END=0 T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	,460	,309	2,212	1	,137
	Classificação da Dor Lombar(1)	,576	,309	3,467	1	,063
	Dor Irrradiada para o Membro Inferior(1)	,270	,320	,715	1	,398
	END no Momento T0	-,225	,076	8,801	1	,003
	RMDQ T0	,026	,032	,686	1	,408
	Constant	-,072	,474	,023	1	,880
Step 2 ^a	Coorte(1)	,450	,308	2,132	1	,144
	Classificação da Dor Lombar(1)	,619	,305	4,134	1	,042
	Dor Irrradiada para o Membro Inferior(1)	,206	,309	,445	1	,505
	END no Momento T0	-,192	,064	9,058	1	,003
	Constant	,080	,437	,033	1	,856
Step 3 ^a	Coorte(1)	,490	,302	2,631	1	,105
	Classificação da Dor Lombar(1)	,652	,301	4,693	1	,030
	END no Momento T0	-,201	,063	10,357	1	,001
	Constant	,183	,409	,199	1	,656
Step 4 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	,569	,293	3,762	1	,052
	END no Momento T0	-,218	,062	12,572	1	,000
	Constant	,550	,343	2,570	1	,109

Variables in the Equation

		Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,584	,864	2,904
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,779	,970	3,262
	Dor Irrradiada para o Membro Inferior(1)	1,311	,700	2,454
	END no Momento T0	,798	,688	,926
	RMDQ T0	1,026	,965	1,092
	Constant	,931		
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,568	,857	2,867
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,858	1,023	3,375
	Dor Irrradiada para o Membro Inferior(1)	1,229	,670	2,254
	END no Momento T0	,825	,728	,935
	Constant	1,083		
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,632	,903	2,950
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,919	1,064	3,460
	END no Momento T0	,818	,723	,924
	Constant	1,200		
Step 4 ^a	Classificação da Dor Lombar(1)	1,766	,994	3,138
	END no Momento T0	,804	,712	,907
	Constant	1,733		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irrradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.

RMDQ=0 T2

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1 ^a	Coorte(1)	1,276	,404	10,005	1	,002
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,062	,383	7,684	1	,006
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,081	,394	,042	1	,837
	END no Momento T0	-,044	,094	,220	1	,639
	RMDQ T0	-,075	,039	3,588	1	,058
	Constant	-1,619	,613	6,972	1	,008
Step 2 ^a	Coorte(1)	1,290	,398	10,496	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,076	,377	8,128	1	,004
	END no Momento T0	-,045	,093	,235	1	,628
	RMDQ T0	-,076	,038	3,978	1	,046
	Constant	-1,567	,558	7,890	1	,005
Step 3 ^a	Coorte(1)	1,312	,396	10,962	1	,001
	Classificação da Dor Lombar(1)	1,095	,375	8,523	1	,004
	RMDQ T0	-,087	,032	7,375	1	,007
	Constant	-1,683	,507	11,026	1	,001

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)		
		Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Coorte(1)	3,584	1,625	7,904
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,892	1,365	6,128
	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,085	,501	2,349
	END no Momento T0	,957	,797	1,150
	RMDQ T0	,928	,859	1,003
	Constant	,198		
Step 2 ^a	Coorte(1)	3,633	1,665	7,929
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,932	1,400	6,143
	END no Momento T0	,956	,796	1,148
	RMDQ T0	,926	,859	,999
	Constant	,209		
Step 3 ^a	Coorte(1)	3,713	1,708	8,070
	Classificação da Dor Lombar(1)	2,991	1,433	6,239
	RMDQ T0	,917	,861	,976
	Constant	,186		

a. Variable(s) entered on step 1: Coorte, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, RMDQ T0.